



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ανάπτυξη και διασφάλιση της ποιότητας δομής
νοσηλείας στο σπίτι»**

Ονοματεπώνυμο Μεταπτυχιακού Φοιτητή: Μητρούσης Κωνσταντίνος
Επαγγελματικός Τίτλος: Νοσηλεύτης Τ.Ε.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος, Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Δρ Μαίρη Γκούβα, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2015



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ



**Development and quality assurance at home hospitalization
structure**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Εισαγωγή

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο : Κατ' οίκον Φροντίδα Υγείας

- 1.1 Ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας υγείας
- 1.2 Η ιστορία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας
- 1.3 Νοσηλευτική και κατ' οίκον φροντίδα υγείας
- 1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατ' οίκον Φροντίδας Υγείας
- 1.5 Χαρακτηριστικά του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας
- 1.6 Γνώσεις και δεξιότητες
- 1.7 Ανεξαρτησία
- 1.8 Υπευθυνότητα
- 1.9 Ρόλοι του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας
- 1.10 Συνήγορος του ασθενούς
- 1.11 Συντονιστής των υπηρεσιών
- 1.12 Εκπαιδευτής
- 1.13 Η κατ' οίκον επίσκεψη
- 1.14 Η φάση πριν την κατ' οίκον επίσκεψη
- 1.15 Η φάση εισόδου της κατ' οίκον επίσκεψης
- 1.16 Έλεγχος των Λοιμώξεων
- 1.17 Αξιολόγηση
- 1.18 Διδασκαλία
- 1.19 Οι ανάγκες των ατόμων που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι
- 1.20 Ανακουφιστική κατ' οίκον φροντίδα

Κεφάλαιο 2^ο : Πιστοποίηση παροχών υγείας στην κατ' οίκον νοσηλεία

- 2.1 Ορισμός πιστοποίησης και διαπίστευσης
- 2.2 Οφέλη διαπίστευσης στην κατ' οίκον νοσηλεία
- 2.3 ISO 9001 και Διαπίστευση
- 2.4 Οικονομική επιβάρυνση του Δημοσίου
- 2.5 Βελτίωση της διασφάλισης της ποιότητας
- 2.6 Διοικητικές και λειτουργικές βελτιώσεις

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3^ο : Ποιοτική Έρευνα

Μεθοδολογία της έρευνας

Δείγμα

Μέσα συλλογής δεδομένων

Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

Περίληψη

Εισαγωγή: Η απαρχή της ποιότητας στη σύγχρονη φροντίδα υγείας ξεκίνησε το 1850, όταν η Florence Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου κατέγραψε για πρώτη φορά πως οι σωστές διαδικασίες και η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν τις εκροές, δηλαδή να μειώσουν τους θανάτους των τραυματισμένων στρατιωτών. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα στην υγεία αναζωπυρώθηκε τη δεκαετία του 1950, κυρίως όμως μέσα από τους δείκτες δομής και διαδικασία παρά φροντίδας υγείας. Ωστόσο, από τότε η ποιότητα είναι μια έννοια που έχει εισχωρήσει σε διάφορες διαστάσεις της καθημερινότητας των ανθρώπων. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν την ποιότητα στα προϊόντα που καταναλώνουν, αλλά και στις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Ειδικά για τις υπηρεσίες υγείας, υπάρχει μια αυξημένη απαίτηση για παροχή ποιότητας φροντίδας, καθώς σχετίζονται με τη ζωή και την υγεία του κάθε πολίτη και της οικογένειάς του. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ανάπτυξης ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας σε μια δομή νοσηλείας στο σπίτι.

Η μεθοδολογία της έρευνας που επιλέχθηκε για την εργασία της ανάπτυξης και διασφάλισης ποιότητας δομής νοσηλείας στο σπίτι είναι αυτή της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Έτσι εντοπίστηκαν τα πιο σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία αναπτύχθηκαν και εξετάστηκαν κριτικά. Ύστερα εντοπίστηκαν τα δυνατά σημεία αλλά και οι αδυναμίες του θέματος που εξετάστηκε. Αναφορικά με τα έτη δημοσίευσης, έγινε προσπάθεια δίνοντας περισσότερη έμφαση στις δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας, καθώς το θέμα της διασφάλισης της ποιότητας είναι συνεχώς εξελισσόμενο και επίκαιρο. Οι γλώσσες αναζήτησης της βιβλιογραφίας ήταν η αγγλική και η ελληνική.

Λέξεις κλειδιά: διασφάλιση ποιότητας – quality assurance, ποιότητα φροντίδας υγείας – quality of health care, ISO 9000, ISO 9001, φροντίδα στο σπίτι – home care, home-based care.

Abstract

Quality is a concept that has ventured into various aspects of the daily life of people. More and more people are looking for quality in the products they consume, but also on the services provided to them. Especially for health services, there is an increased requirement for quality provision, as related to the life and health of every citizen and his family. Health services are divided into primary, secondary and higher. Part of primary health care is the provision of home health care.

The purpose of this paper is to investigate the development of a quality assurance system in a structure of home health care.

The research methodology selected for this task of development and quality assurance in a structure of home health care is the review of literature. So will identify the most modern scientific data, which will be developed and will be examined critically, to identify the strengths and possible weaknesses of the matter under consideration. With regard to the years of publication, will attempt to focus on publications of the last decade, as the issue of quality assurance are constantly evolving and topical. Search bibliography of languages will be English and Greek. Specifically, we explored the contemporary scientific data regarding the subject under study through the search of more contemporary literature inside internationally recognized databases.

Keywords: quality assurance, quality of health care, ISO 9000, ISO 9001, home care, home - based care.

Εισαγωγή

Η ποιότητα είναι μια ευρεία έννοια και ως εκ τούτου έχουν γίνει αποδεκτοί πολλοί ορισμοί. Κατά τον Juran είναι ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ή υπηρεσία θεωρούνται κατάλληλα για χρήση και ανταποκρίνονται στις ανάγκες του καταναλωτή. Ο Crosby αντίστοιχα αναφέρει πως η ποιότητα είναι ο βαθμός συμμόρφωσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας τόσο στις απαιτήσεις του καταναλωτή όσο και στις προδιαγραφές του κατασκευαστή, ενώ ο Deming ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό προσαρμογής ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας στις απαιτήσεις της αγοράς (Καλογεροπούλου Μ, Μουρδουκούτας Π., 2009). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης υιοθέτησε τον ορισμό που αναφέρεται στο ISO 9100 σύμφωνα με τον οποίο ποιότητα είναι ο βαθμός που ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί τις απαιτήσεις (Ραφτόπουλος Β., 2009).

Η απαρχή της ποιότητας στη σύγχρονη φροντίδα υγείας ξεκίνησε το 1850, όταν η Florence Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου κατέγραψε για πρώτη φορά πως οι σωστές διαδικασίες και η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν τις εκροές, δηλαδή να μειώσουν τους θανάτους των τραυματισμένων στρατιωτών. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα στην υγεία αναζωπυρώθηκε τη δεκαετία του 1950, κυρίως όμως μέσα από τους δείκτες δομής και διαδικασία παρά φροντίδας υγείας (OECD., 2013).

Τα τελευταία χρόνια η εφαρμογή στρατηγικών της ποιότητας στη φροντίδα υγείας αποτελεί προτεραιότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθώς υπάρχει προβληματισμός ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες εάν μπορούν να προβλεφθούν τα αναμενόμενα οφέλη από τις επενδύσεις για την υγεία, ενώ εφαρμόζονται πολλά διαφορετικά πρότυπα στην παροχή φροντίδας υγείας ανάμεσα στις χώρες, αλλά και μέσα στο εκάστοτε σύστημα υγείας. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να υπάρχει βελτιστοποίηση της αξιοποίησης των πόρων, επέκταση της κάλυψης του πληθυσμού και στρατηγικές που σε τοπικό επίπεδο θα αποφέρουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (World Health Organization, 2006).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπήρξε στροφή στη διασφάλιση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Μέσα από στοχευμένες στρατηγικές κάθε κράτος δημιούργησε αντίστοιχες πολιτικές (World Health Organization, 2008). Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη και

εφαρμογή προτύπων αποτελεί βασικό άξονα της εθνικής πολιτικής για τον ευαίσθητο χώρο της υγείας (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

Ορισμένα νοσοκομεία είναι πιστοποιημένα κατά ISO κυρίως στον τομέα των υπηρεσιών, των εργαστηρίων ή των μαγειρειών. Στο Σισμανόγλειο, υπάρχει σύστημα πιστοποίησης κατά το πρότυπο ISO 9001:2008, στο τμήμα Αιμοδοσίας και κατά ISO 9001:2000 στο τμήμα Φαρμακείου, ενώ στο Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" έχουν πιστοποιηθεί η Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών και η Διεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας με το πρότυπο ELOT 1429:2008 και το Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας με το πρότυπο ISO 9001:2006 (Υπουργείο Υγείας, 2010). Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν νοσοκομεία τα οποία είναι πιστοποιημένα στο σύνολό τους.

Οι στρατηγικοί στόχοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι (Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν., 2012):

- Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα
- Η ασφάλεια των ασθενών
- Η προσβασιμότητα με επίκεντρο την ισότιμη αντιμετώπιση των ασθενών
- Η συνέχεια της φροντίδας
- Η ορθή επικοινωνία των εργαζομένων

Ένα πεδίο εφαρμογής της ποιότητας στην υγεία είναι η φροντίδα των ασθενών στο σπίτι. Αυτή είναι μια μορφή φροντίδας που προτιμούν πολλοί άνθρωποι καθώς το σπίτι είναι ένα μέρος με συναισθηματικούς δεσμούς, αναμνήσεις και ανέσεις, ενώ η εγκατάλειψή του μπορεί να αποβεί διασπαστική και καταθλιπτική. Η νοσηλεία στο σπίτι αποτρέπει ή μεταθέτει σε επόμενα στάδια της ασθένειας την εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο, προωθεί τη θεραπεία, και είναι εξατομικευμένη, ώστε να καλύπτει τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή και όχι του μέσου όρου (Rodríguez-Cerrillo, 2012).

Όσον αφορά στη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδα υγείας στο σπίτι, η διεθνής εμπειρία έχει δείξει αξιολογα αποτελέσματα. Σε νοσοκομείο της Ισπανίας αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας το οποίο πιστοποιήθηκε κατά ISO. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας από το προσωπικό, αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, μείωση των απρογραμμάτιστων επιστροφών στο νοσοκομείο από το 7 στο 3% και πολύ καλή συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας (World Health Organization, 2008).

Την τελευταία δεκαετία έγιναν πολλές αλλαγές στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα τις σημαντικές αλλαγές στις υπηρεσίες όπου οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα. Μία από αυτές τις αλλαγές είναι η μετακίνηση από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες στην κοινοτική φροντίδα.

Εξαιτίας αυτής της μεταβολής η φροντίδα στο σπίτι παρουσίασε ένα πρωτοφανές ποσοστό αύξησης. Η διαχείριση της φροντίδας είχε σημαντική επίδραση στη μετακίνηση από το νοσοκομείο στο σπίτι και αυτή η τάση αναμένεται να συνεχιστεί.

Σήμερα, η φροντίδα στο σπίτι ευθύνεται μόνο για ένα μικρό μέρος των συνολικών εθνικών δαπανών για την υγεία και θεωρείται ως μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες περιοχές φροντίδας υγείας. Στην αρχή της νέας χιλιετίας για την παροχή φροντίδας στο σπίτι, υπολογίζεται ότι θα χρειαστούν περισσότεροι από 8000 πτυχιούχοι νοσηλευτές επιπλέον από τους ήδη υπηρετούντες (U.S. Department of Health and Human Services, 1991).

Κεφάλαιο 1^ο : Κατ' οίκον Φροντίδα Υγείας

1.1 Ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας υγείας

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι εκείνη που παρέχεται στο σπίτι του ασθενούς και περιλαμβάνει φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών με χρόνιες και οξείες ανάγκες φροντίδας υγείας. Η McNamara (1982) ορίζει ως κατ' οίκον φροντίδα υγείας εκείνο το στοιχείο της ευρύτερης φροντίδας υγείας, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται σε άτομα και οικογένειες στον τόπο κατοικίας τους, με σκοπό την προαγωγή, τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας ή την ελαχιστοποίηση των συνεπειών της ασθένειας και την ανικανότητα. Υπηρεσίες κατάλληλες για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του σχεδιάζονται ,συντονίζονται και διατίθενται από έναν οργανισμό ή ίδρυμα, που έχει οργανωθεί για την παροχή φροντίδας υγείας διαμέσου της χρήσης προσωπικού, υπογραφής συμβάσεων ή ενός συνδυαστικού τρόπου διοίκησης.

Κατά της παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι , οι νοσηλευτές ενσωματώνουν τις αρχές δημόσιας υγείας που επικεντρώνονται στους περιβαλλοντικούς, κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς και προσωπικούς παράγοντες υγείας, οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και της οικογένειας (Humphrey & Milone – Nuzzo, 1991). Το επίκεντρο της φροντίδας υγείας στο σπίτι είναι ο ασθενής, η οικογένεια, οι διάφοροι επαγγελματίες φροντίδας υγείας καθώς και οι στόχοι που θα διευκολύνουν τον ασθενή να επιτύχει τη μέγιστη ανεξαρτησία και επίπεδο υγείας.

Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας έχουν εξοικειωθεί με το νοσοκομειακό ασθενή, ο οποίος προσαρμόζεται στη ρουτίνα και στο πρόγραμμα του νοσοκομείου σχετικά με το φαγητό, το λουτρό, τη λήψη των φαρμάκων και τις επισκέψεις της οικογένειας. Η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι είναι ξεχωριστή γιατί πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στα προγράμματα, στις συνήθειες και τις ανάγκες του ασθενούς. Η αξία ενός νοσηλευτή φροντίδας στο σπίτι κρίνεται από την ικανότητά του να συνδυάζει με ευελιξία τις κλινικές του δεξιότητες, ώστε να παρέχει ποιοτική φροντίδα στον ασθενή.

1.2 Η ιστορία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας

Η φροντίδα υγείας στο σπίτι άρχισε το 1800. Ο τόπος που γεννήθηκε η σύγχρονη έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι ήταν η πόλη « Λίβερπουλ », στην Αγγλία. Ο Willian Rathbone, ένας πλούσιος φιλάνθρωπος προσέλαβε νοσηλευτές για να φροντίζουν στο σπίτι τη σύζυγό του μέχρι το θάνατό της. Εξαιτίας της προσωπικής του εμπειρίας, οργάνωσε ένα σύστημα επισκεπτών νοσηλευτών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν άλλα άτομα με παρόμοιες ανάγκες. Το 1859, ο γιατρός Rathbone και η Florence Nightingale ίδρυσαν σχολή για την εκπαίδευση νοσηλευτών κατ' οίκον φροντίδας (Clemen – Stone, Eigsti, & McGuire, 1987).

Στο τέλος του 1800 έγινε μεγάλη εισροή μεταναστών στην Αμερική και ταχύτατη αύξηση του πληθυσμού των περισσότερων πόλεων. Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας άρχισαν να προσβάλλουν στη Νέα Υόρκη, στη Βοστώνη και στη Φιλαδέλφεια για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες υγείας για ασθενείς. Το 1893, η Lillian Wald και η Mary Brewster ίδρυσαν το Henry Street Settlement House στην πόλη της Νέας Υόρκης. Οι επισκέπτες νοσηλευτές αυτής της υπηρεσίας παρείχαν φροντίδα στους φτωχούς κατοίκους λαϊκών συνοικιών. Τελικά, αυτοί οι επαγγελματίες της κατ' οίκον φροντίδας ίδρυσαν τις Ενώσεις Επισκεπτών Νοσηλευτών (Visiting Nurse Associations, VNAs), οι οποίοι επικεντρώνονταν αφενός στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς και αφετέρου στη διδασκαλία των οικογενειών. Η νοσηλευτική δημόσιας υγείας εμφανίστηκε με την αλλαγή του αιώνα και εστιάστηκε σε ολόκληρη την υγεία της κοινότητας. Στην αρχή οι νοσηλευτές επισκέπτονταν τους φτωχούς και τους μετανάστες, προσπαθώντας να βελτιώσουν τη γενική κατάσταση της υγείας τους (Harris , 1994).

Πριν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, οι γιατροί συνήθιζαν τις κατ' οίκον επισκέψεις για τη θεραπεία των ασθενών, ενώ κατά τη διάρκεια του πολέμου, επήλθε αλλαγή στην πρακτική τους από το σπίτι στο περιβάλλον του νοσοκομείου και του ιδιωτικού ιατρείου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι νοσηλευτές άρχισαν να πραγματοποιούν τις περισσότερες από τις κατ' οίκον επισκέψεις (Mundinger, 1983). Οι Ενώσεις Επισκεπτών Νοσηλευτών (VNAs) ιδρύθηκαν στις περισσότερες μεγάλες πόλεις και σε αστικές περιοχές σε όλη τη χώρα. Άρχισαν να αναπτύσσονται υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας με βάση το νοσοκομείο κατά την αναζήτηση τρόπων επέκτασης των υπηρεσιών τους στην κοινότητα. Η διαθεσιμότητα περισσότερων

χρημάτων από το νοσοκομείο τους έδινε τη δυνατότητα παροχής ευρύτερων υπηρεσιών.

Στα μέσα του 1960 οι κατ' οίκον υπηρεσίες επεκτάθηκαν για να περιλάβουν τα ηλικιωμένα άτομα. Το 1965 ο Νόμος για τη Κοινωνική Ασφάλεια (Social Security Act) παρείχε πρόγραμμα κάλυψης για φροντίδα υγείας στο σπίτι σε ηλικιωμένους με τη συμμετοχή στο πρόγραμμα Medicare και λίγο αργότερα, ξεκίνησε το πρόγραμμα του Medicaid. Σήμερα, τα προγράμματα του Medicare και του Medicaid, αποτελούν τα εθνικά συστήματα υποδομής των περισσότερων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (National Association for Home Care, 1994).

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για την αύξηση της κατ' οίκον φροντίδας με βάση την κοινότητα. Καθώς ο πληθυσμός της Αμερικής συνεχίζει να γηράσκει, οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας αυξάνονται και εκτείνονται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών. Η εισαγωγή των ανά διαγνωστική κατηγορία ομάδων ασθενών (DRGs) στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οδήγησε στην ταχύτερη έξοδό τους από το νοσοκομείο. Όταν επέστρεφαν στο σπίτι πολλοί από αυτούς είχαν ακόμα ανάγκη εξειδικευμένης επαγγελματικής φροντίδας με αποτέλεσμα της ταχύτερη αύξηση του αριθμού των επισκέψεων κατ' οίκον φροντίδας. Επιπρόσθετα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί άρχισαν να αναζητούν έναν αποτελεσματικό τρόπο μείωσης του αυξανόμενου κόστους φροντίδας υγείας μέσω χρήσης προγραμμάτων διαχείρισης της φροντίδας.

1.3 Νοσηλευτική και κατ' οίκον φροντίδα υγείας

Ενώ πριν από το τέλος του 1980, οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας θεωρούνταν γενικοί, σήμερα αρκετοί ειδικεύονται σε προηγμένες πρακτικές δεξιότητες, για την ικανοποίηση των αυξανόμενων απαιτήσεων της φροντίδας του οξέος ασθενούς στο σπίτι. Οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες, συνδυασμένες με τη σύγχρονη τεχνολογία, δίνουν τη δυνατότητα σε πολλούς ασθενείς με οξέα και χρόνια προβλήματα υγείας να θεραπεύονται με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στο σπίτι. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει τις ρίζες του στην κατ' οίκον φροντίδα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, το μεγαλύτερο μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής παρέχεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Καθώς οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι συνεχίζουν να αυξάνονται, η πρακτική της νοσηλευτικής ολοκληρώνει τον κύκλο και επανέρχεται στο σπίτι (National Association for Home Care, 1994).

1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατ' οίκον Φροντίδας Υγείας

Η μοναδικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι οφείλεται στο ότι η φροντίδα παρέχεται σ' ένα περιβάλλον άγνωστο για το νοσηλευτή, αλλά οικείο και άνετο για τον ασθενή. Για τους περισσότερους ανθρώπους, το σπίτι αποτελεί χώρο ασφαλείας, με δεδομένο νόημα και αξία εξαιτίας της ιδιοκτησίας, των οικογενειακών σχέσεων και των αναμνήσεων της ανεξαρτησίας, του ελέγχου και της προστασίας.

Η κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται στον ασθενή σ' ένα περιβάλλον, το οποίο ελέγχεται από τον ίδιο και την οικογένειά του. Αντί ο πάσχων να έρθει στο νοσηλευτή, ο νοσηλευτής πηγαίνει στον ασθενή. Οι ασθενείς ή τα άτομα τα οποία συμμετέχουν στη φροντίδα τους πρέπει να συναινέσουν για την είσοδο του νοσηλευτή στο περιβάλλον του σπιτιού τους. Έτσι, ο νοσηλευτής καλείται να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του ασθενούς, αντί ο ασθενής να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Harris , 1994).

1.5 Χαρακτηριστικά του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας

Ποικίλοι λόγοι οδηγούν τους νοσηλευτές στην επιλογή της άσκησης της νοσηλευτικής της κατ' οίκον φροντίδας. Πολλοί νοσηλευτές χαίρονται να εργάζονται με αυτονομία σε ένα περιβάλλον, όπου μπορούν να αξιοποιήσουν την εμπειρία και τις γνώσεις τους σε ένα διευρυμένο ρόλο. Άλλοι απολαμβάνουν τη δυνατότητα ανεξάρτητης διαχείρισης του χρόνου τους και εκτιμούν τις εκδηλώσεις ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίοι τους υποδέχονται στα σπίτια τους και στη ζωή τους. Οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας ικανοποιούνται συνεργαζόμενοι με άλλες κοινοτικές υπηρεσίες για την εξασφάλιση εξατομικευμένης φροντίδας. Τέλος, η νοσηλευτική κατ' οίκον φροντίδας, αποτελεί δίαυλο για δημιουργική παροχή φροντίδας υγείας (U.S. Department of Health and Human Services, 1991).

1.6 Γνώσεις και δεξιότητες

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα στο περιβάλλον του σπιτιού πρέπει να διαθέτουν γνώσεις, κλινική εμπειρία, δεξιότητες επικοινωνίας, δυνατότητα ανεξάρτητης πρακτικής άσκησης και υπευθυνότητα για τις πράξεις τους. Επίσης είναι απαραίτητες οι ικανότητες φυσικής εξέτασης για την αναγνώριση θετικών και αρνητικών αλλαγών στην κατάσταση της υγείας των ατόμων. Συχνά απαιτούνται διαδικασίες όπως η χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών, η αλλαγή τραυμάτων, η φροντίδα των στομιών και η παροχή αναπνευστικής φροντίδας. Σε μελέτη των Caie – Lawrence, Peploski & Russel, το 1995, οι νοσηλευτές, οι οποίοι ασκούσαν κατ' οίκον φροντίδα, αναγνώρισαν ότι οι πιο σημαντικές περιοχές γνώσης για τη φροντίδα στο σπίτι ήταν οι νομικές ρυθμίσεις, η φυσική αξιολόγηση, η μηχανική του σώματος, οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και ο έλεγχος των λοιμώξεων (Caie – Lawrence, Peploski & Russel, 1995).

1.7 Ανεξαρτησία

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι παίρνουν ανεξάρτητες αποφάσεις και αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεών τους. Γενικά είναι μόνου, όταν παρέχουν φροντίδα και ανταλλαγή απόψεων με άλλους επαγγελματίες δεν είναι άμεσα δυνατή. Ο συνδυασμός καλής θεωρητικής κατάρτισης με τις κλινικές δεξιότητες και την ικανότητα αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων τους παρέχει τη δυνατότητα λήψης των κατάλληλων αποφάσεων για τη φροντίδα του ασθενούς (National Association for Home Care, 1994).

1.8 Υπευθυνότητα

Η υπευθυνότητα είναι ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό του ρόλου του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας. Σ' ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, ο νοσηλευτής γενικά εργάζεται σε μια βάρδια και αναφέρεται στο νοσηλευτή της επόμενης βάρδιας ο οποίος συνεχίζει τη φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας γενικά δεν έχει να αναφερθεί στο νοσηλευτή της επόμενης βάρδιας, αλλά πρέπει να βασιστεί στα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς για να συνεχίσουν τη φροντίδα. Εάν δεν υπάρχει κανένα άτομο να συνεχίσει τη φροντίδα, ο νοσηλευτής πρέπει να

αντιμετωπίσει τα ίδια θέματα στην επόμενη επίσκεψη. Η αυξημένη αυτονομία μπορεί να αυξήσει το νομικό κίνδυνο (National Association for Home Care, 1994).

1.9 Ρόλοι του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας

Εκτός από τις συνήθεις δεξιότητες ως επαγγελματίας υγείας, ο νοσηλευτής ο οποίος παρέχει φροντίδα στο σπίτι, είναι ο συνήγορος του ασθενούς, ο συντονιστής των υπηρεσιών και ο εκπαιδευτής του ασθενούς και της οικογένειας (Linn et all, 1977).

1.10 Συνήγορος του ασθενούς

Μείωση του Νομικού Κινδύνου στην Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα	
Τι πρέπει να Γνωρίζετε	Ερωτήσεις που Πρέπει να Υποβάλλετε
Αλυσιδα εντολών σε μια επείγουσα περίπτωση	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ποιόν να καλέσω εάν ο γιατρός του ασθενούς δεν είναι διαθέσιμος; 2. Είναι απαραίτητο να τηλεφωνήσω στο νοσοκομείο για βοήθεια; 3. Πότε, εάν ποτέ χρειαστεί, πρέπει να καλέσω τον διευθυντή γιατρό της υπηρεσίας κατ' οίκον φροντίδας; 4. Πότε πρέπει να καλέσω ασθενοφόρο ή την αστυνομία;
Φροντίδα μη κλινικών καταστάσεων	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τι πρέπει να κάνω αν ένα μέλος της οικογένειας νοσήσει οξέως; 2. Τι πρέπει να κάνω, όταν ένα μέλος της οικογένειας με απειλεί; 3. Τι πρέπει να κάνω, εάν ο ασθενής μου είναι μόνος χωρίς τροφή ή φάρμακα;
Εξοπλισμός και διαδικασίες	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πώς να μάθω το χειρισμό ειδικού εξοπλισμού ή να πραγματοποιήσω προηγμένες διαδικασίες; 2. Πώς να αρνηθώ την ανάθεση ενός περιστατικού, εάν δεν αισθάνομαι άνετα με τις ανάγκες του ασθενούς; 3. Ποιος είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος διασφάλισης και τεκμηρίωσης, ότι τα μέλη της οικογένειας γνωρίζουν πώς να χειρίζονται τον εξοπλισμό; 4. Πώς θα μου δοθεί γραπτή έγκριση για να χρησιμοποιήσω το δικό μου στηθοσκόπιο και τη δική μου περιχειρίδα λήψης αρτηριακής πίεσης; 5. Πώς και σε ποιόν θα αναφέρω δυσλειτουργία του εξοπλισμού; 6. Πώς θα τεκμηριώσω τη δυσλειτουργία του εξοπλισμού;
Συναίνεση μετά από πληροφόρηση	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πώς θα τεκμηριώσω την πληροφορημένη συναίνεση για διαδικασίες, εάν δεν έχει ήδη ληφθεί; 2. Ο ασθενής είναι πλήρως ενημερωμένος για τη νομοθεσία, σχετικά με το Δικαίωμα Αυτοδιάθεσης; Πώς τεκμηριώνω τις αποφάσεις του ασθενούς για θεραπεία;
Υπευθυνότητα για άλλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τι είδους γραπτές οδηγίες πρέπει να παρέχω σε άλλα άτομα, όπως οι βοηθοί κατ' οίκον φροντίδας; 2. Πώς διασφαλίζεται τι άλλα άτομα τα οποία παρέχουν φροντίδα υγείας γνωρίζουν το σχέδιο φροντίδας και την τεκμηρίωσή του;
Πηγή (Sullivan, G 1994). Home care: More autonomy, more legal risks. RN, 57(5),	

Η υπεράσπιση (η προστασία και η υποστήριξη των δικαιωμάτων του άλλου), είναι ένας σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας. Οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται βοήθεια για τη μετακίνησή τους διαμέσου των πολύπλοκων συστημάτων υγείας, για το χειρισμό των προβλημάτων ασφαλείας ή των κρατικών και ομοσπονδιακών ρυθμίσεων, οι οποίες επηρεάζουν τη φροντίδα τους και το περιβάλλον στο οποίο ζουν. Παραδείγματος χάρη, ο νοσηλευτής ίσως να πρέπει να πείσει τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς ότι χρήζει παροχής συνεχιζόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σπίτι (Kramer et all,1990).

Οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται βοήθεια για να κατανοήσουν τα πολύπλοκα θέματα χρέωσης της παρεχόμενης φροντίδας. Οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας μπορούν να κινητοποιήσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες, ώστε να βελτιωθεί το περιβάλλον που ζει ο ασθενής. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει το ρόλο του συνηγόρου όταν επικοινωνεί με το γιατρό του ασθενούς ή τον οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ο γιατρός μπορεί να μην είναι ενημερωμένος για το περιβάλλον του σπιτιού του ασθενούς και ίσως ζητήσει θεραπείες, οι οποίες δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν σε αυτό το περιβάλλον. Η μεταβίβαση των αναγκών του ασθενούς στο γιατρό δίνει τη δυνατότητα προσαρμογής της κατάλληλης θεραπείας ανάλογα με τον τρόπο ζωής του ασθενούς (Forbes et all,1996).

1.11 Συντονιστής των υπηρεσιών

Ο νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας είναι γενικά ο συντονιστής όλων των άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας οι οποίοι επισκέπτονται τον ασθενή, όπως ο φυσικοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι βοηθοί της κατ' οίκον φροντίδας. Ο νοσηλευτής αποτελεί τη βασική πηγή επικοινωνίας και συντονισμού της φροντίδας του ασθενούς με το οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Για αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιεί αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας με τους άλλους επαγγελματίες για το συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών στον ασθενή. Τα δείγματα εντύπων που ακολουθούν δείχνουν πως ο νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας συντονίζει τις υπηρεσίες μεταξύ των άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας και εκπαιδεύει τον/την σύντροφο του ασθενούς στους τρόπους παροχής βοήθειας στη φροντίδα του (Westra et al, 1995).

Επίσης, ο νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας είναι υπεύθυνος για το συντονισμό των κοινοτικών πόρων που απαιτούνται για τον ασθενή. Η ύπαρξη καλής γνώσης του ρόλου των διαφόρων κοινοτικών πόρων και επιστημονικών κλάδων του δίνει τη δυνατότητα να εξασφαλίζει ευρύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς του.

Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ή του φυσιοθεραπευτή, για να αποφασίσει, εάν υπάρχει ανάγκη για αυτές τις υπηρεσίες. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιήσει κοινοτικούς πόρους, όπως τη διανομή φαγητού στο σπίτι, τις υπηρεσίες για ασθενείς που είναι ανάπηροι, λόγω απώλειας όρασης ή ακοής και τις τοπικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους.

Ως συντονιστής της φροντίδας, κατευθύνει τις διάφορες υπηρεσίες προς τον κοινό σκοπό, που δεν είναι άλλος από τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς και την προαγωγή της ανεξαρτησίας του (Leff et al, 2005).

1.12 Εκπαιδευτής

Οι νοσηλευτές, οι οποίοι παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα θεωρούν ότι το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους δαπανάται στη διδασκαλία των ασθενών και των οικογενειών για την πορεία της ασθένειας, τη διατροφή, τη φαρμακευτική αγωγή ή τη θεραπεία και τη φροντίδα των τραυμάτων.

Ο νοσηλευτής ανιχνεύει τις ανάγκες εκπαίδευσης και αναπτύσσει από κοινού στόχους για τη διδασκαλία των απαραίτητων για την προαγωγή της ευεξίας του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής παρέχει στον ασθενή τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διατήρηση της ασφάλειάς του μέχρι την επόμενη επίσκεψη, αξιοποιώντας οτιδήποτε συμβάλλει σ' αυτό. Σκοπός του είναι η κινητοποίηση των δυνατοτήτων των ασθενών και των ατόμων, οι οποίοι συμβάλλουν στη φροντίδα υγείας για αυτοφροντίδα (Stulginsky, 1993).

1.13 Η κατ' οίκον επίσκεψη

Σύμφωνα με αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω, «ελάχιστες οικογένειες κατανοούν, γιατί οι άνθρωποι εξέρχονται από το νοσοκομείο, όντας ακόμη άρρωστοι. Ακόμα λιγότεροι κατανοούν τι είναι κατ' οίκον φροντίδα, αλλά εκείνο που γνωρίζουν είναι ότι ο νοσηλευτής έρχεται να βοηθήσει». Οι ασθενείς κατ' οίκον φροντίδας συχνά νιώθουν φόβο, πόνο και εγκατάλειψη (Ricauda et al, 2004).

Τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις του χειρισμού του εξοπλισμού, της παροχής φροντίδας που είναι κάτι εντελώς διαφορετικό από ότι έχουν προσφέρει σε ένα αγαπημένο πρόσωπο, καθώς και της ενασχόλησης με τους άγνωστους και συχνά απαίσιους ήχους, οσμές και ουσίες. Ακόμα και μέλη της οικογένειας οι οποίοι είναι οι ίδιοι νοσηλευτές πιθανόν να θεωρούν την παροχή φροντίδας στο σπίτι πολύ διαφορετική από εκείνη του νοσοκομείου (Salazar et al, 2009).

1.14 Η φάση πριν την κατ' οίκον επίσκεψη

Κατά τη διαδικασία παραπομπής, η υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας προσεγγίζεται από το γιατρό ή το άτομο το οποίο προγραμματίζει την έξοδο από το νοσοκομείο και λαμβάνει ένα σύντομο ατομικό αναμνηστικό ιατρικό ιστορικό, μαζί με τις ενδείξεις για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας.

Ο νοσηλευτής στον οποίον έγινε η παραπομπή στην υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας πρέπει να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τις διαγνώσεις του ασθενούς τις προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις θεραπείες στις οποίες υποβάλλεται. Αυτή η φάση της κατ' οίκον φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φάση πριν την είσοδο. Ο ασθενής ανατίθεται σε κάποιο νοσηλευτή, ο οποίος εξετάζει τις πληροφορίες, τηλεφωνεί στον ασθενή για να γίνει μια αρχική επαφή και προγραμματίζει την επίσκεψη.

Κατά τη διάρκεια αυτής της συζήτησης, ο νοσηλευτής μπορεί να συλλέξει πληροφορίες για να καθορίσει εάν τα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας στον ασθενή, μπορούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τις ανάγκες τους. Μέσω της συζήτησης μπορεί να είναι δυνατό να προσδιορισθούν οι γνωστικές ικανότητες, ο

προσανατολισμός του ασθενούς και η κατάσταση του ατόμου, το οποίο παρέχει τη φροντίδα υγείας. Όλες αυτές οι πληροφορίες είναι σημαντικές για το νοσηλευτή, καθώς σχεδιάζει την πρώτη επίσκεψη. Κατά τη διάρκεια των πρώτων εισαγωγικών επισκέψεων θα πρέπει να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένεια.

Ο νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας κατά τη φάση πριν την είσοδο συλλέγει τον εξοπλισμό που πιθανόν θα απαιτηθεί όπως τα υλικά φροντίδας τραυμάτων ή εκπαιδευτικά υλικά, τα οποία θα πάρει μαζί του στην πρώτη επίσκεψη. Επίσης, χρησιμοποιεί ένα διάγραμμα, όπου τεκμηριώνει τα δεδομένα της αξιολόγησης και την παραχθείσα φροντίδα στον ασθενή και το οποίο προσκομίζεται και στις επόμενες επισκέψεις.

Η ασφάλεια της περιοχής στην οποία ζει ο ασθενής είναι ένας σημαντικός παράγοντας στον οποίο ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογήσει πριν την επίσκεψη. Ο νοσηλευτής ίσως χρειαστεί να προγραμματίσει την επίσκεψη τη χρονική στιγμή που θα είναι ασφαλής στη συγκεκριμένη περιοχή. Πάντοτε θα πρέπει να γνωρίζει τον προορισμό πριν την επίσκεψη και σε μερικές ανασφαλείς περιοχές, μπορεί να συνοδεύεται από αστυνομικούς ή υπαλλήλους ασφάλειας.

1.15 Η φάση εισόδου της κατ' οίκον επίσκεψης





Η δεύτερη φάση της κατ' οίκον επίσκεψης είναι η φάση εισόδου. Κατά τη φάση αυτή, ο νοσηλευτής αναπτύσσει στενή σχέση με τον ασθενή και την οικογένεια, καθορίζει από κοινού τις επιθυμητές εκβάσεις, αξιολογεί, σχεδιάζει και εφαρμόζει την προγραμματισθείσα φροντίδα και παρέχει διδασκαλία. Ο νοσηλευτής πρέπει να θυμάται ότι είναι ένας επισκέπτης στο σπίτι του ασθενούς και προσφέρει υπηρεσίες τις οποίες ο ασθενής μπορεί να επιλέξει να δεχτεί ή να απορρίψει. Σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τις κατ' οίκον επισκέψεις αποτελούν η διαπραγμάτευση και η τήρηση των ωρών επισκέψεως, η δημιουργία στενής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένεια, ο καθορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία πρόκειται να παρασχεθεί και η διδασκαλία για την προαγωγή ανεξαρτησίας στην αυτοφροντίδα (Stulginsky, 1993).

Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και της οικογένειάς του και να αναγνωρίζει και να σέβεται τις αξίες τους. Η αποδοχή των συνθηκών

διαβίωσής τους είναι αναγκαία, ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές του. Είναι σημαντικό να ζητά άδεια πριν από ενέργειες, όπως το πλύσιμο των χεριών του καθώς και η αλλαγή της θέσης των επίπλων, ώστε να γίνει πιο προσιτός ο απαιτούμενος εξοπλισμός και να απομακρυνθούν οι κίνδυνοι για την ασφάλεια του ασθενούς.

1.16 Έλεγχος των Λοιμώξεων

Οι τεχνικές ελέγχου των λοιμώξεων χρησιμοποιούνται προκειμένου να προκειμένου να προληφθεί η μεταφορά λοιμώξεων από το σπίτι του ενός ασθενούς στο σπίτι κάποιου άλλου. Οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας μεταφέρουν το συνήθη εξοπλισμό σε μια τσάντα και χρησιμοποιούν τις κατάλληλες τεχνικές πρόληψης της μετάδοσης των λοιμώξεων. Τα βασικά μέτρα πρόληψης λοιμώξεων κατά τη χρήση της τσάντας είναι:

-  Πλύσιμο των χεριών πριν τη λήψη των αντικειμένων.
-  Καθαρισμός των αντικειμένων, πριν την επανατοποθέτησή τους.
-  Πλύσιμο των χεριών, πριν οποιαδήποτε προσπέλαση της τσάντας.
-  Τοποθέτηση της τσάντας σ' ένα κομμάτι ύφασμα και όχι απευθείας σε οποιαδήποτε επιφάνεια του σπιτιού (Francis et al, 2004).

1.17 Αξιολόγηση

Η ικανότητα ορθής αξιολόγησης του ασθενούς αποτελεί σημαντικό προσόν του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας. Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει δεξιότητες όχι μόνο για την αντικειμενική αλλά και για την ψυχολογική, την κοινωνικοοικονομική, την περιβαλλοντική, την πνευματική και την πολιτισμική αξιολόγηση. Στο συνοδευτικό πλαίσιο αναφέρονται οι πολιτισμικοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να αξιολογηθούν κατά την κατ' οίκον φροντίδα. Οι περισσότερες από τις αρχικές εκτιμήσεις πραγματοποιούνται κατά την πρώτη κατ' οίκον επίσκεψη. Η αξιολόγηση συνεχίζεται στις επόμενες επισκέψεις, όπου ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί διάφορες δεξιότητες για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων.

Εκτός από την αξιολόγηση του ασθενούς, αξιολογείται και η οικογένεια, λαμβάνοντας υπόψιν το διαφορετικό ρόλο που παίζει κάθε μέλος της και τον τρόπο με τον οποίο συνεισφέρει στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Ο νοσηλευτής προσδιορίζει, εάν ο ασθενής και η οικογένεια κατανοούν και συμφωνούν με το πρόγραμμα της φροντίδας. Επίσης, είναι σημαντικό να προσδιοριστεί, εάν τα μέλη της οικογένειας κατανοούν τις παρεχόμενες οδηγίες και εάν είναι ικανοί να παρέχουν φροντίδα (Shaughnessy et al, 1997).

Οι νοσηλευτές της κατ' οίκον φροντίδας χρησιμοποιούν την άμεση παρατήρηση κατά τις επισκέψεις για να αποφασίσουν, εάν ο τρόπος ζωής, η καθαριότητα και οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, αποτελούν δυνητικά προβλήματα στο σπίτι. Για παράδειγμα, μπορεί να παρατηρήσουν ότι δεν υπάρχουν τρόφιμα στο ψυγείο ή στα ντουλάπια της κουζίνας. Τότε μπορεί να είναι απαραίτητη η σύσταση για υπηρεσίες, όπως διανομή γευμάτων στον σπίτι, ώστε να εξασφαλιστεί επαρκής διατροφή για τον ασθενή. Συχνά οι νοσηλευτές διαπιστώνουν κινδύνους για την ασφάλεια, όπως ριγμένα χαλάκια ή ακαταστασία που θα μπορούσαν εύκολα να προκαλέσουν πτώσεις. Άλλοι αναγνωρίσιμοι κίνδυνοι μπορεί να περιλαμβάνουν εκείνους που σχετίζονται με τον έλεγχο των λοιμώξεων, όπως βρώμικα σπίτια με εστίες τρωκτικών ή εντόμων ή έλλειψη τρεχούμενου νερού.

Τέλους, μπορεί να αντιληφθούν ότι τα άτομα τα οποία παρέχουν τη φροντίδα έχουν πρόβλημα αλκοολισμού ή ναρκωτικών, που μειώνει την ικανότητά τους για φροντίδα του ασθενούς (Hernandez et al, 2003).

1.18 Αγωγή υγείας

Καθώς η κατ' οίκον φροντίδα είναι βραχύχρονη και διακεκομμένη, ο νοσηλευτής περιλαμβάνει την οικογένεια και τους φίλους στη διαδικασία διδασκαλίας, ώστε να αναλάβουν πλήρως τη φροντίδα του ασθενούς, όταν η κατ' οίκον φροντίδα από επαγγελματίες υγείας δεν είναι πλέον απαραίτητη. Η διδασκαλία σχεδιάζεται και εφαρμόζεται με βάση τους παρακάτω παράγοντες:

❖ Η διδασκαλία προσαρμόζεται στην ετοιμότητα για μάθηση του ασθενούς και των ατόμων τα οποία παρέχουν φροντίδα υγείας, καθώς και στη φυσική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς.

- ❖ Αναγνωρίζονται οι κυριότερες προβληματικές περιοχές, και συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες για την ασφάλεια του ασθενούς μέχρι την επόμενη επίσκεψη.
- ❖ Η διδασκαλία προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενούς στο σπίτι.
- ❖ Κίνητρα για μάθηση αποτελούν η γνώση των σοβαρών συνεπειών καθώς και τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών (Stulginsky, 1993).

1.19 Οι ανάγκες των ατόμων που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι

Παραδοσιακά, όταν ένας ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο, η οικογένεια παίζει μικρό ρόλο στην παρεχόμενη φροντίδα. Οι οικογένειες και οι φίλοι επισκέπτονται τον ασθενή και μερικές φορές διανυκτερεύουν στο νοσοκομείο. Όμως, γενικά δεν αναμιγνύονται στην άμεση φροντίδα του ασθενούς. Το προσωπικό του νοσοκομείου παρέχει προσωπική φροντίδα στον ασθενή και διαχειρίζεται τη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία του.

Συνεργατικοί Ρόλοι των Μελών της Ομάδας Κατ' Οίκον Φροντίδας	
Μέλος	Ρόλος
Γιατρός	Πιστοποιεί ότι ο ασθενής έχει πρόβλημα υγείας, το οποίο απαιτεί παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι . Καθορίζει και πιστοποιεί το σχέδιο φροντίδας για την θεραπεία του ασθενούς.
Νοσηλεύτης	Παρέχει άμεσα φροντίδα σε ασθενείς και οικογένειες. Διδάσκει την αυτοφροντίδα στον ασθενή και την οικογένεια. Διεξάγει έρευνα για να διασφαλίσει τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας και ποιότητας της φροντίδας. Μπορεί να είναι ο διευθυντής της υπηρεσίας κατ' οίκον φροντίδας και να λειτουργεί ως σύμβουλος του προσωπικού. Συντονίζει τις υπηρεσίες των άλλων επαγγελματιών υγείας.
Φυσιοθεραπευτής	Παρέχει άμεση φροντίδα, όπως ασκήσεις ενδυνάμωσης των

	μυών, άσκησης βαδίσματος και μαλάξεις. Διδάσκει τον ασθενή και την οικογένεια για την προαγωγή της αυτοφροντίδας.
Εργοθεραπευτής	Εκτιμά το λειτουργικό επίπεδο του ασθενούς και διδάσκει ενέργειες , οι οποίες προάγουν την αυτοφροντίδα σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αξιολογεί την ασφάλεια του σπιτιού και παρέχει τον κατάλληλο εξοπλισμό όπου είναι απαραίτητο.
Λογοθεραπευτής	Παρέχει άμεσες υπηρεσίες φροντίδας σε ασθενείς με προβλήματα λόγου, γλώσσας ή ακοής. Διδάσκει τον ασθενή και την οικογένεια για την διευκόλυνση του λόγου και της γλώσσας, καθώς και τον τρόπο λήψης τροφής και κατάποσης.
Κοινωνικός Λειτουργός	Βοηθάει τον ασθενή και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν τους κοινωνικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ευεξία τους. Παραπέμπει σε κατάλληλους κοινοτικούς πόρους. Παρέχει βοήθεια για την εξασφάλιση του εξοπλισμού και των απαραίτητων υλικών, καθώς και για τα οικονομικά της φροντίδας υγείας.
Βοηθός κατ' οίκον φροντίδας	Εφαρμόζει το πρόγραμμα φροντίδας το οποίο σχεδιάστηκε από το νοσηλευτή. Βοηθά στην υγιεινή των ασθενών. Μπορεί να ασχοληθεί και με ελαφριές δουλειές του σπιτιού.

Όταν ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο, την ευθύνη για την παροχή της φροντίδας αναλαμβάνουν άτομα τα οποία μπορεί να είναι ή να μην είναι φυσικά ή διανοητικά ικανά να αναλάβουν αυτή την ευθύνη. Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, δίνονται στην οικογένεια ένα πλήθος οδηγιών μέσα σ' ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα με την προσδοκία της διεκπεραίωσης αυτής της φροντίδας στο σπίτι.

Η φροντίδα υγείας συνεχίζει να μετακινείται από το νοσοκομειακό περιβάλλον στην κοινότητα, με αποτέλεσμα οι οικογένειες να επωμίζονται το βάρος της φροντίδας. Οι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο νωρίτερα και πριν αναρρώσουν σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Οι χρονίως πάσχοντες χρειάζονται συνεχιζόμενη

μακρόχρονη προσωπική φροντίδα συχνά στο σπίτι, η οποία δεν καλύπτεται από το ισχύον επίδομα του Medicare. Το οικονομικό βάρος το οποίο σχετίζεται με αυτή τη φροντίδα είναι μεγαλύτερο από εκείνο το οποίο πολλές οικογένειες μπορούν να επωμιστούν.

Ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας παίζει σημαντικό ρόλο μετριάζοντας το βάρος της φροντίδας και διευκολύνοντας την πρόσβαση του ασθενούς και της οικογένειας στους κοινοτικούς πόρους, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν την οικογένεια στην ικανοποίηση διάφορων αναγκών. Επίσης τα μέλη της οικογένειας είναι καταβεβλημένα με την παρεχόμενη φροντίδα και γίνεται προσπάθεια εξασφάλισης πόρων για την ανακούφισή τους.

Τέλος, υποστηρίζει τις αποφάσεις της οικογένειας για τις πολύπλοκες θεραπείες. Οι παρακάτω ερωτήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συζήτηση (Zerwekh, 1995) :

1. Τι είναι πιο σημαντικό για εσάς;
2. Τι επιθυμείτε για τη ζωή τη δική σας και της οικογένειάς σας;
3. Πως θέλετε να ζείτε;
4. Η τεχνολογία υποστηρίζει ή δεν υποστηρίζει τις επιθυμίες σας;

1.20 Ανακουφιστική κατ' οίκον φροντίδα

Η ανακουφιστική νοσηλευτική παρέχει φροντίδα σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας νόσου. Η φροντίδα αυτή παρέχεται συχνότερα στο περιβάλλον του σπιτιού. Συνήθως αρχίζει όταν το προσδόκιμο της επιβίωσης του ασθενούς είναι μέχρι έξι μήνες και ολοκληρώνεται ένα χρόνο μετά το θάνατό του με την υποστήριξη της οικογένειας κατά τη διεργασία του θρήνου. Οι νοσηλευτές συνεργάζονται με μια διεπιστημονική ομάδα στην οποία συμμετέχουν γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, θρησκευτικοί σύμβουλοι, βοηθοί κατ' οίκον φροντίδας, εθελοντές και άλλοι για την παροχή ολοκληρωμένης ανακουφιστικής φροντίδας (Naylor et all, 1999).

Το Αμερικανικό κίνημα ανακουφιστικής φροντίδας αρχικά ξεκίνησε από εθελοντές (πολλοί από τους οποίους ήταν νοσηλευτές) οι οποίοι ήθελαν να αποφύγουν την ιδρυματοποίηση των ατόμων τα οποία βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής, να βελτιώσουν της ποιότητα της ζωής τους και να προάγουν της αξιοπρέπειά τους. Το 1969, η Δρ. Elizabeth Kubler – Ross εξέδωσε το βιβλίο « για το θάνατο και τη

Διεργασία Θανάτου», το οποίο προσδιορίζει τα πέντε στάδια που διέρχονται πολλοί ασθενείς τελικού σταδίου. Προήγαγε την εφαρμογή της κατ' οίκον φροντίδας ως αποτελεσματικότερο μέσο παροχής υποστήριξης και φροντίδας σε ασθενείς που πεθαίνουν και στις οικογένειές τους.

Το 1986, το Κογκρέσο ψήφισε το Επίδομα Ανακουφιστικής Φροντίδας του Medicare, δίνοντας τη δυνατότητα στις πολιτείες να εντάξουν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στα προγράμματα Medicaid. Από τότε οι ασθενείς οι οποίοι πεθαίνουν από καρκίνο ή οποιαδήποτε άλλη καταληκτική ασθένεια μπορούν να λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι κοντά στις οικογένειές τους (Grassi et al 1996).

Ο νοσηλευτής ανακουφιστικής φροντίδας πρέπει να συνδυάζει όλες τις δεξιότητες του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας με την ικανότητα παροχής καθημερινής συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς, οι οποίοι πεθαίνουν και στις οικογένειές τους. Οι νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας είναι ειδικά εκπαιδευμένοι στη διαχείριση του πόνου και των συμπτωμάτων και επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη διαφύλαξη της αξιοπρέπειάς τους μέχρι το θάνατο. Μετά το θάνατο, ο νοσηλευτής συνεχίζει να παρέχει φροντίδα στην οικογένεια του ασθενούς συνήθως για ένα χρόνο προκειμένου να τη βοηθήσει να διέλθει τη διεργασία του θρήνου.

Τις περισσότερες φορές η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται στους ασθενείς στο σπίτι τους. Επιπλέον ορισμένες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας διαθέτουν ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου οι ασθενείς μπορούν να λάβουν βραχύχρονη φροντίδα, ως μια ανάπαυλα για τα μέλη της οικογένειας ή μακρόχρονη φροντίδα. Σε οποιοδήποτε όμως περιβάλλον, η ανακουφιστική φροντίδα παρέχει στους ασθενείς τελικού σταδίου το αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια (Corbin et al, 1988).

Κεφάλαιο 2^ο : Πιστοποίηση παροχών υγείας **στην κατ' οίκον νοσηλεία**

2.1 Ορισμός πιστοποίησης και διαπίστευσης

Η **πιστοποίηση** αφορά την εξακρίβωση, επαλήθευση και γραπτή επικύρωση από έναν ανεξάρτητο φορέα με αναγνωρισμένη ικανότητα, σχετικά με το αν τα χαρακτηριστικά του προσωπικό, των διεργασιών - διαδικασιών ή των αντικειμένων γενικά ενός οργανισμού, βρίσκονται σε συμφωνία με σχετικές απαιτήσεις.

Η **διαπίστευση** είναι η επίσημη αναγνώριση από έναν αρμόδιο αναγνωρισμένο φορέα ο οποίος ονομάζεται οργανισμός διαπίστευσης (accreditation body), ότι ένας οργανισμός είναι ικανός να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες ή λειτουργίες (πχ διαδικασίες πιστοποίησης κατά ISO 9001 εφόσον πρόκειται για φορέα πιστοποίησης, μετρήσεις και δοκιμές εφόσον πρόκειται για εργαστήριο, κ.λ.π) (Ραφτόπουλος, 2009).

Η Διαπίστευση περιλαμβάνει και την Πιστοποίηση ενός εργαστηρίου όμως Διαπίστευση σημαίνει ότι το εργαστήριο έχει την επάρκεια να διεξάγει καθορισμένες δραστηριότητες έτσι ώστε να τεκμηριώνεται κάθε φορά η αξιοπιστία της προσφερόμενης υπηρεσίας (National Association for Home Care, 1994).

Για την αποτελεσματική διαδικασία της διαπίστευσης απαιτούνται:

- Καθορισμένο πεδίο δοκιμασιών
- Τεκμηρίωση της τεχνικής επάρκειας του προσωπικού

- Συμμετοχή σε εργαστηριακούς ελέγχους
- Έλεγχο των διαδικασιών μέτρησης από ελεγκτές με αποδεδειγμένη τεχνική επάρκεια.

Οι βασικοί Φορείς Διαπίστευσης είναι οι ακόλουθοι:

- Διεθνές Φόρουμ για τη Διαπίστευση (IAF)
- Ευρωπαϊκό Σύστημα Διαπίστευσης
- Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης.

Οι απαιτήσεις σε σχέση με τη διαπίστευση αναφέρονται στην:

- Οργάνωση και στελέχωση
- Εγκαταστάσεις, Εξοπλισμός
- Τεκμηρίωση
- Σύστημα διαχείρισης ποιότητας
- Διαχείριση εκθέσεων των μετρήσεων
- Συνεργασία με υπεργολάβους (προμηθευτές, λοιπές υπηρεσίες Αιμοδοσίας κ.λ.π)
- Ανεξαρτησία
- Αβεβαιότητα μετρήσεων
- Εμπιστευτικότητα (εχεμύθεια στα προσωπικά στοιχεία των πελατών).

2.2 Οφέλη διαπίστευσης στην κατ' οίκον νοσηλεία

Τα οφέλη που υπάρχουν στον χώρο της ποιότητας από την διαπίστευση κατά τον UKAS (τον επίσημο φορέα διαπίστευσης της Μεγάλης Βρετανίας) είναι τα εξής παρακάτω:

- Διαμόρφωση εμπιστοσύνης σχετικά με την αγοραστική συμπεριφορά του καταναλωτικού κοινού .
- Όσο πιο μεγάλος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των κριτηρίων που βάζει κάθε καταναλωτής τόσο πιο ξεκάθαρη είναι η διαδικασία επιλογής ιδανικών προμηθευτών.

- Η διατήρηση και ενίσχυση της εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο πλευρών μιας εμπορικής συναλλαγής πραγματοποιείται σε αξιόπιστης επιβεβαίωσης που παρέχεται από της διαπίστευση ανεξάρτητων αξιολογητών ποιότητας των συμβαλλόμενων μερών.
- Η αξιολόγηση των επιχειρήσεων οδηγεί στην μείωση του ρίσκου . Η διαπίστευση των προϊόντων και υπηρεσιών από κάποιο αρμόδιο και επίσημο φορέα μειώνει το ρίσκο και καλλιεργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης
- Οι επιχειρήσεις κατευθύνουν στην αξιολόγηση για να ελαχιστοποιήσουν το ρίσκο της αποτυχίας ενός προϊόντος στην αγορά ή να μειώσουν το κόστος λειτουργίας τους
- Οι πιο πολλές διαδικασίες αξιολόγησης αφορούν δραστηριότητες όπως έλεγχος, της ποιότητας των προϊόντων
- Κάποιες από τις συνέπειες της επιλογής μη διαπιστευμένων αξιολογητών μπορεί να είναι οι παρακάτω:
- Αποτυχία του προϊόντος στην αγορά μη επαρκώς τεκμηριωμένων εργαστηριακών αναλύσεων.
- Αυξημένο κόστος παραγωγής

Πολλές φορές η μη τήρηση των αυστηρών προδιαγραφών λειτουργίας μπορεί να έχει το ενδεχόμενο εργατικών ατυχημάτων και επομένως νομικές κυρώσεις.

Η έννοια του πιστοποιητικού διαπίστευσης είναι γνωστή σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Σε σχέση με το Ε.ΣΥ.Δ (Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης) τον αναγνωρισμένο φορέα διαπίστευσης της χώρας μας τα οφέλη από την διαπίστευση είναι:

- Αναβάθμιση των ήδη διαπιστευμένων εργαστηρίων και φορέων πιστοποίησης λόγω
- Δημιουργία ενός ισχυρού κλίματος εμπιστοσύνης στην αγορά.
- Υποστήριξη των μηχανισμών εποπτείας της αγοράς.
- Ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των διαπιστευμένων φορέων και εργαστηρίων καθώς και της οικονομίας γενικότερα.

Παράγοντες σαν τη ποιότητα και τη ταχεία εξυπηρέτηση προσδιορίζουν την ελκυστικότητα και ανταγωνιστικότητα των προϊόντων και υπηρεσιών στις τοπικές όσο και στην παγκόσμια αγορά.

Τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος είναι:

- Αύξηση του κύρους του εργαστηρίου
- Διεξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων που μπορεί ο πελάτης να εμπιστευθεί
- Ιδανικότερη οργάνωση και μείωση του κόστους
- Αναγνώριση της ικανότητας του προσωπικού (Grabowski, David C., et al. ,2008).

2.3 ISO 9001 και Διαπίστευση

Η ασφάλεια των ασθενών και η βελτίωση των ιατρικών αποτελεσμάτων εξαρτάται από καθορισμένες και κρίσιμες διαδικασίες. Μία από αυτές τις βασικές διαδικασίες είναι η διαπίστευση. Ιστορικά, από την άποψη της σύνδεσής της με τη βελτίωση της ποιότητας, η διαπίστευση έχει παρουσιάσει χαμηλές επιδόσεις και αυτό επειδή έχει σχεδιαστεί για να λέει τι δεν πραγματοποιείται, σε αντίθεση με το να ενθαρρύνει την καινοτομία. Η συμβατική προσέγγιση για την διαπίστευση είναι ότι αποτελεί ουσιαστικά μια επιθεώρηση με κριτήρια που αλλάζουν και μια κλίση προς επιβολή κυρώσεων.

Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα διαπίστευσης πρώτα απ' όλα πρέπει να είναι κάτι που επιλέγεται και όχι κάτι που επιβάλλεται. Το αν είναι διαπιστευμένη η δομή νοσηλείας στην κατοίκων φροντίδα, για όλες τις προθέσεις και τους σκοπούς, δεν αποτελεί μία επιλογή για τους υπεύθυνους φορείς της νοσηλείας του σήμερα που σχετίζονται με τη νοσηλεία στο σπίτι, αλλά το ποιο πρόγραμμα διαπίστευσης θα χρησιμοποιηθεί αποτελεί πλέον αναμφισβήτητα μια επιλογή που έχουν και ένα προνόμιο που πρέπει να ασκηθεί με βάση τους στόχους του κάθε νοσοκομείου.

Η φύση αυτών των επιλογών έχει αλλάξει δραματικά και θεωρητικά υπέρ των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας που επιδιώκουν να ενσωματώσουν την διαπίστευση στις διαδικασίες σε επίπεδο ποιότητας. Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ISO 9001 προσφέρει αυτήν την δομή. Αποτελεί το καθολικό μέτρο ποιότητας σε χιλιάδες επιχειρήσεις και βιομηχανίες. Σχεδόν ένα εκατομμύριο

οργανισμοί σε όλο τον κόσμο (συμπεριλαμβανομένης της NASA), είναι πιστοποιημένοι με ISO 9001 καθώς και πολλοί φορείς της υγειονομικής περίθαλψης εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών. Πρόκειται για μια παγκόσμια επιτυχία (Grabowski, David C., et al. ,2008).

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), είναι μια μη κυβερνητική κοινοπραξία που ιδρύθηκε το 1947 για την ανάπτυξη εθελοντικών προτύπων για τη βελτίωση της βιομηχανικής απόδοσης. Σήμερα, περισσότερες από 90 χώρες είναι μέλη του ΔΟΠ, και στις ΗΠΑ εκπροσωπείται από το American National Standards Institute (ANSI). Αρχικά, τα πρότυπα ISO επικεντρώθηκαν στις τεχνικές προδιαγραφές του τομέα της μεταποίησης και των επιστημονικών κλάδων. Το 1987, ο ΔΟΠ επέκτεινε το πεδίο εφαρμογής του με τη δημιουργία του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας ISO 9001, ένα νέο πρότυπο το οποίο απευθύνεται σε ένα ευρύ φάσμα των επιχειρηματικών διαδικασιών που εφαρμόζονται σε σχεδόν οποιοδήποτε τύπο οργανισμού σε κάθε κλάδο. Πολλοί αναγνώστες εξοικειωμένοι με τις έννοιες της Διοίκησης Ποιότητας καθώς και άλλες που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της επανάστασης στη δεκαετία του 1990, θα αναγνωρίσουν το πρότυπο ISO 9001 ως το καθοριστικό πρότυπο (U.S. Department of Health and Human Services, 1991).

Η πιο πρόσφατη αναθεώρηση του προτύπου ISO 9001 είναι το ISO 9001:2008. Αυτό είναι το πρόγραμμα ISO που χρησιμοποιείται από την DNV Healthcare A.E., την εταιρεία διαπίστευσης νοσοκομείων της Det Norske Veritas. Η DNV είναι ο μοναδικός φορέας διαπίστευσης της υγειονομικής περίθαλψης που συνδυάζει το ISO 9001 με την διαπίστευση του CMS.

Η βασική ιδέα του ISO 9001 είναι να εντοπιστούν τα στοιχεία στην επιχείρηση που λειτουργούν καλύτερα και να μετατραπούν στη συνέχεια, σε τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας. Το κλειδί με το πρότυπο ISO 9001 - και το χαρακτηριστικό που το κάνει διαφορετικό από όλες τις άλλες πρωτοβουλίες για την ποιότητα - είναι ότι είναι αόριστης διάρκειας.

Σε αντίθεση με τα συστήματα ποιότητας του παρελθόντος, δεν σταματά στον προσδιορισμό και την εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών. Το ISO 9001 είναι ένας τρόπος προσέγγισης της εργασίας που όχι μόνο κάνει κάθε δραστηριότητα όσο περισσότερο αποτελεσματική μπορεί να γίνει, αλλά συνεχώς αναζητά βελτιώσεις. Το ISO 9001 είναι ένα σύστημα διαχείρισης της ποιότητας.

Απαιτεί ο οργανισμός να τεκμηριώνει και να αποδεικνύει μια αλληλουχία και αλληλεπίδραση των διαδικασιών, να διενεργεί εσωτερικούς ελέγχους για την

αξιολόγηση των διαδικασιών, να εντοπίζει διορθωτικά και προληπτικά μέτρα για τη βελτίωση των διαδικασιών και να παρακολουθεί τις διαδικασίες για να εξασφαλίσει ότι υπάρχει συνεχής βελτίωση.

Για τα γηροκομεία, το ISO 9001 σημαίνει τον προσδιορισμό των διαδικασιών και στη συνέχεια τον προσδιορισμό των στοιχείων στην κλινική και διοικητική πρακτικές που συμβάλλουν στα επιθυμητά αποτελέσματα, τεκμηριώνοντας αυτά τα στοιχεία και θέτοντάς τα ως την καθιερωμένη πρακτική.

Μερικά παραδείγματα των διαδικασιών περιλαμβάνουν την νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Παραδείγματα των στοιχείων της διαδικασίας περιλαμβάνουν τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών του προσωπικού, τις αναθεωρήσεις των πολιτικών ώστε να αντικατοπτρίζουν τις βέλτιστες πρακτικές, την τυποποίηση των εντύπων που χρησιμοποιούνται για την τεκμηρίωση των δραστηριοτήτων της φροντίδας των ασθενών και τον εντοπισμό των ζητημάτων που είναι επιρρεπή στα προβλήματα (Grabowski, David C., et al. ,2008).

Το ISO 9001 έχει σχεδιαστεί για να αποφεύγονται τα 'ολισθήματα' που εμφανίζονται σε κάθε μη - συστημική προσέγγιση στην ποιότητα. Όταν λαμβάνονται μέτρα, το ISO 9001 απαιτεί από τον οργανισμό την αξιολόγηση της συνεχούς βελτίωσης. Τα γηροκομεία διατηρούν συνήθως μια βάση δεδομένων με τις διορθωτικές και προληπτικές ενεργειών και εφαρμόζουν μία διαδικασία παρακολούθησης για να εξασφαλιστεί ότι οι βελτιώσεις που έγιναν εξακολουθούν να υπάρχουν (Leff, Bruce, et al., 2005).

Αυτή η διαδικασία δημιουργεί μεγαλύτερο επίπεδο συνειδητότητας στο προσωπικό και απαιτεί ότι η παρακολούθηση θα είναι σε θέση να διασφαλίζει ότι τα προβλήματα δεν θα επαναληφθούν. Η βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης διαθέτει μια ποικιλία πρωτοβουλιών που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση των σφαλμάτων και καμία από αυτές τις έννοιες δεν χρειάζεται να καταργηθεί με το πρότυπο ISO 9001.

Το ISO είναι ένας τρόπος για να εξασφαλιστούν ότι οι πρωτοβουλίες βελτιώνουν τις πρακτικές και ότι θα συνεχίσουν να το πράττουν. Το σύστημα είναι πλήρως συμβατό με οποιοδήποτε οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Μια ποικιλία παραγόντων από τον καθορισμό των εσωτερικών στόχων μέχρι και τις εξωτερικές πιέσεις, οι οποίες δεσμεύουν συνήθως το νοσοκομείο - γηροκομείο ως προς την εξασφάλιση της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών.

Οι σκληρά εργαζόμενοι νοσηλευτές που βελτιώνουν τα αποτελέσματα διαπίστευσης,

που συμμορφώνονται με τα ομοσπονδιακά και κρατικά προγράμματα και που χρησιμοποιούν τις βέλτιστες πρακτικές, αποτελούν παραδείγματα των προσεγγίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν για να επηρεάσουν την πορεία προς τη βελτίωση της ποιότητας. Αλλά τώρα, οι κοινότητες και οι χρηματοδότες θέλουν να δουν τη βελτίωση της ποιότητας από μία άποψη που μπορεί να εξηγηθεί και να κατανοηθεί. Όσο σημαντικές και να είναι οι διάφορες εσωτερικές μετρήσεις των νοσοκομείων, το κοινό γενικά δεν το αφορούν.

Τα νοσοκομεία αποτελούν συνήθως τεράστιους οικονομικούς παράγοντες στις κοινότητες και συχνά είναι οι μεγαλύτεροι εργοδότες. Πολλές άλλες επιχειρήσεις σε μία τυπική κοινότητα (π.χ., μεταποίηση, αυτοκινητοβιομηχανία, επιχειρήσεις προμηθειών και παροχής υπηρεσιών) χρησιμοποιούν το ISO 9001 ως κινητήριο δύναμη για την ποιότητα και συχνά αναρωτιούνται γιατί δεν πράττουν το ίδιο και τα νοσοκομεία (U.S. Department of Health and Human Services, 1991 & National Association for Home Care, 1994)

2.4 Οικονομική επιβάρυνση του Δημοσίου

Το 1993, το Medicare ξόδεψε περισσότερα από 10 δισεκατομμύρια δολάρια σε υπηρεσίες υγείας - ένα ποσό που έχει αυξηθεί πενταπλάσια σε μόλις 5 χρόνια και αναμένεται να διπλασιαστεί πάλι μέσα στα επόμενα 5 χρόνια. Για πολλούς παραλήπτες, οι Medicare υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι επιτρέπουν νωρίτερα εξιτήριο από το νοσοκομείο, πιο εξατομικευμένη φροντίδα καθώς και την ικανότητα να επιστρέψουν ή να παραμείνουν σε ένα πιο φιλόξενο περιβάλλον για πάρα πολλούς ασθενείς που το δικαιούνται. Σε πιο συγκεντρωτικό επίπεδο, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι δεν φαίνεται να παράγουν ένα ανάλογο όγκο των υψηλής ποιότητας ενώ ο ασθενής ανταποκρίνεται στη θεραπεία με την κατάλληλη φροντίδα. Καθώς γερνάει ο πληθυσμός του έθνους μας και γίνεται όλο και πιο ποικιλόμορφος, η ανάγκη για την κοινότητα που βασίζεται στην περίθαλψη θα αυξηθεί τουλάχιστον κατ'αναλογία. Μοιάζει να είναι προτίμηση για πολλούς από τους ηλικιωμένους και άλλους με αναπηρία, η νοσηλεία στο σπίτι τους, κάτι που εξυπηρετεί και τις οικογένειές τους και τους υποστηρικτές τους. Η φροντίδα της υγείας στο σπίτι είναι σήμερα ένα μείζον θέμα για τη Medicare, και αυτό θα γίνει μόνο πιο σημαντικό κατά τα επόμενα έτη (Zerwekh, 1995).

Οι υγειονομικές υπηρεσίες οικιακής φροντίδας της υγείας δίνουν επίδομα κατ'οίκον και καλύπτονται από την Medicare από την έναρξη του προγράμματος Medicare. Για να μπορεί να αποκτήσει κάλυψη για την παροχή υγείας στο σπίτι της Medicare, ο δικαιούχος πρέπει να είναι:

- Περιορίζεται στο σπίτι του ή της.
- Να έχει ανάγκη της φυσικής αγωγής, της παθολογίας της γλώσσας, της διαλείπουσας ειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ή τη συνέχιση εργοθεραπείας.
- Σύμφωνα με τη φροντίδα ενός γιατρού με ένα σχέδιο φροντίδας που δημιουργήθηκε από τον ίδιο μπορεί να αναθεωρείται περιοδικά από τον συγκεκριμένο ιατρό.

Το όφελος περιλαμβάνει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- ❖ Μερική απασχόληση ή διαλείπουσα ειδικευμένη υπηρεσία νοσηλευτικής φροντίδας και βοηθό υγείας στο σπίτι.
- ❖ Τη φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, και την ομιλία - παθολογία γλώσσας.
- ❖ Έναν ανθεκτικό ιατρικό εξοπλισμό και ιατρικές προμήθειες.
- ❖ Ιατρικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Υπηρεσίες στα Εξωτερικά Ιατρεία (όταν η περίθαλψη δεν μπορεί να παρασχεθεί στο σπίτι, λόγω της φύσης του απαιτούμενου εξοπλισμού) και υπηρεσίες ενός ειδικευόμενου γιατρού ή κάτοικου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του Medicare δεν περιορίζονται σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ., προνοσοκομειακή). Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται από εγκεκριμένο οργανισμό υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με το Medicare (Vladeck, Bruce C., 1994).

Η Πρωτοβουλία για την υγεία αρχικά αναπτύχθηκε για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που τίθενται από την αλλαγή των χαρακτηριστικών της οικιακής φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβουλία έχει την ακόλουθη οργανωτική δομή:

Μια διεπιστημονική ομάδα υγείας στο σπίτι η οποία να εξασφαλίζει την αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία, την ανάπτυξη και την εφαρμογή των κανονισμών, τις αξιολογήσεις, καθώς και τις πολιτικές και τις διαδικασίες επιβολής. Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες είναι επίσης υπό αναθεώρηση. Εμπειρογνώμονες της ομάδας πρέπει να οδηγήσουν την εγχώρια βελτίωση παροχών υγείας σε τέσσερις τομείς:

1. διοίκηση
2. λειτουργία
3. θέματα πολιτικής και

4. την ανάπτυξη ενός ερευνητικού προγράμματος

Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της επιτροπή συμβουλευούν την ομάδα για την ανάπτυξη νέων πολιτικών και διαδικασιών ώστε να συνεργάζονται με τα μέλη της ομάδας για να καθορίσουν την κατανομή των πόρων, κάτι που είναι αναγκαίο για την εφαρμογή της πρωτοβουλίας.

Έχουν καθοριστεί έξι στόχοι για την πρωτοβουλία νοσηλείας και φροντίδας στο σπίτι:

1. Ανταπόκριση – να κάνουν το όφελος για την υγεία σπίτι να ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες του δικαιούχου.
2. Ευελιξία – να ενισχύουν την ευελιξία της υπηρεσίας παροχής στο σχεδιασμό της δόμησης της φροντίδας.
3. Ποιότητα – για την παροχή μιας ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης.
4. Αποδοτικότητα – για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της διοίκησης και των επιχειρήσεων.
5. Λογοδοσία – να διευκολυνθεί η κατάλληλη αξιοποίηση των εγχώριων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
6. Δημοσιονομική ακεραιότητα – για να εξασφαλίσει κατάλληλες πληρωμές για το όφελος και την ενίσχυση των προσπάθειών για την ανίχνευση της απάτης και της κατάχρησης.

Η πρωτοβουλία περιλαμβάνει τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμες στρατηγικές για τη βελτίωση. Οι βραχυπρόθεσμες στρατηγικές περιλαμβάνουν εκείνες τις αλλαγές που μπορούν να υλοποιηθούν μέσω αναθεωρήσεων των διοικητικών διαδικασιών, εγχειριδίων ή κανονισμών. Οι μακροπρόθεσμες στρατηγικές περιλαμβάνουν αυτές τις βελτιώσεις που απαιτούν κ του νόμου αναθεώρηση ή περαιτέρω έρευνα σε τομείς όπως η μεταρρύθμιση της πληρωμής (Grabowski, David C., et al. ,2008).

2.5 Βελτίωση της ποιότητας

Η ποιότητα της εγχώριας υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή και πιο δύσκολο να αξιολογηθεί. Είναι επίσης δύσκολο να ελεγχθεί, και αυτό οφείλεται εν μέρει στις συνθήκες της παροχής υπηρεσιών σε ένα οικογενειακό περιβάλλον και τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης της άτυπης φροντίδας που

ποικίλλει από σπίτι σε σπίτι. Η διαλείπουσα φύση της εγχώριας υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και το γεγονός ότι οι χρήστες έχουν περίπλοκη πολλές φορές ιατρική κατάσταση, περιπλέκει τη δυσκολία αξιολόγησης της ποιότητας.

Παρ' όλες αυτές τις πολυπλοκότητες, η HCFA είναι υπεύθυνη για την διασφάλιση ότι η φροντίδα υγείας που παρέχεται στους δικαιούχους μέσα από το σπίτι είναι υψηλής ποιότητας και ότι ανταποκρίνεται στις ανάγκες των δικαιούχων που είναι όλο και πιο αδύναμοι καθώς και ιατρικά πολυσύνθετοι και πολυπαραγοντικοί. Η Πρόθεση του Κογκρέσου για να βελτιώσει την ικανότητά για την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας στο σπίτι της υγειονομικής περίθαλψης είναι επίσης σαφής. Το 1987 ανέθεσε την ανάπτυξη μιας διαδικασίας ασθενοκεντρικής, η οποία ήταν προσανατολισμένη στο αποτέλεσμα και την ποιότητα για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Vladeck, Bruce C., 1994).

Η HCFA, η οποία είναι χρηματοδοτούμενη έρευνα, έχει εντοπίσει πιθανούς τρόπους αξιόπιστων και έγκυρων αποτελεσμάτων της περίθαλψης για οικιακούς χρήστες υγειονομικής περίθαλψης. Τα μέτρα αυτά μπορούν να χτιστούν σε ένα συνεχές σύστημα δεδομένων για χρήση από τις υπηρεσίες ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν, και για τη χρήση από τη HCFA για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των δικαιούχων.

Αναπροσανατολίζοντας τόσο τους παρόχους όσο και τους τοπογράφους στην έρευνα και την πιστοποίηση, ιατρική αξιολόγηση, καθώς και τα πρότυπα επιδόσεων για τη διαχείριση και τη παρακολούθηση θα διευκολύνουν την επίτευξη βελτιώσεων στη διαδικασία διασφάλισης της ποιότητας στην αρχική υγειονομική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, συνιστά την πρωτοβουλία:

- ✓ Αναθεώρηση προϋποθέσεων συμμετοχής, που περιλαμβάνουν ένα μέσο αξιολόγησης των προσδοκιών των ασθενών και προσανατολισμένης στο αποτέλεσμα απόδοσης για την τόνωση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.
- ✓ Χρήση δεικτών ποιότητας, η οποία να ορίζεται και να είναι επικυρωμένη για τα κλινικά κριτήρια του κάθε ασθενή.
- ✓ Μια διαδικασία συνεχής και ευέλικτη, η οποία βασίζεται σε δεδομένα αξιολόγησης που εστιάζουν στα δικαιώματα των ασθενών, τα αποτελέσματα της περίθαλψης και του παθολογικού ασθενούς, και η ικανοποίηση της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Ricauda, Nicoletta Aimonino, et al, 2004).

2.6 Διοικητικές και λειτουργικές βελτιώσεις

Οι διοικητικές και λειτουργικές αλλαγές για τη βελτίωση την απόδοση και την ακεραιότητα του προγράμματος εξετάζονται επίσης μέσω της πρωτοβουλίας της υγείας. Η HCFA πρέπει να βελτιώσει την ικανότητά της ώστε να εξασφαλίσει ότι το πρόγραμμα πληρώνει για μόνο εκείνων των υπηρεσιών που είναι ιατρικά εύλογες και αναγκαία και ανταποκρίνονται στις υγειονομικές ανάγκες στην κατ' οίκον φροντίδα.

Η συλλογή δεδομένων, οι διαδικασίες ελέγχου (όπως ιατρική αξιολόγηση) και συντονισμού των υπηρεσιών για τους δικαιούχους δικαιούνται διττά Medicare και Medicaid. Για παράδειγμα, τα έντυπα που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της επιλεξιμότητας, της κάλυψης και περίθαλψης των ασθενών να είναι σχέδια που έχουν επικριθεί νόμιμα και απαιτείται τεκμηρίωση που έχει μικρή αξία προς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες στον σχεδιασμό της περίθαλψης (Vladeck, Bruce C., 1994).

Όσο αναφορά τους κωδικούς θεραπείας, μπορεί να εφαρμοστεί ασυνέπεια, εν μέρει επειδή το σπίτι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι καταγεγραμμένο. Περαιτέρω, η αυξανόμενη ένταση της εγχώριας υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί μια αξιολόγηση των τρεχουσών διαδικασιών της ιατρικής αξιολόγησης και την εξέτασης της. Η απάντηση στα προβλήματα αυτά βρίσκεται στα ακόλουθα βήματα:

✚ Βελτιώσεις χρέωσης και τεκμηρίωση όπου απαιτούνται ώστε να επικεντρωθούν στην απόκτηση δεδομένων που είναι χρήσιμα για τους καταναλωτές, τους παρόχους, και μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση την κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας ώστε με αυτήν την ικανότητα να εντοπίζονται και προλαμβάνονται περιττές υπηρεσίες και καταχρηστικές πρακτικές.

✚ Βελτίωση συντονισμού μεταξύ Medicare και Medicaid για εξακρίβωση στοιχείων των δικαιούχων και διαγραφή των παράνομων ατόμων.

Τέλος, η μεταρρύθμιση της πληρωμής είναι ζωτικής σημασίας. Αρχικά η υγειονομική περίθαλψη είναι μία από τις λίγες υπηρεσίες της Medicare που ακόμα μπορεί να καταβληθεί με βάση το κόστος εκ των υστέρων, περιορίζοντας τα κίνητρα για την αποδοτικότητα. Η πληρωμή ανά επίσκεψη μειώνει επίσης και τις προσπάθειες ώστε κατά η κλινική εξέταση να γίνεται ολοκληρωμένα, η οποία είναι απαραίτητη για την ενίσχυση της συνέχειας της φροντίδας και την αυξανόμενη έμφαση στα αποτελέσματα της περίθαλψης.

Η μεταρρύθμιση της πολιτικής για τις πληρωμές, ωστόσο, περιπλέκεται από τη δυσκολία του προσδιορισμού της απόδοσης. Η πληρωμή της εγχώριας υγείας

βασίζεται σήμερα στην έννοια της μιας «επίσκεψης» αλλά η μια επίσκεψη συνεπάγεται τις δραστηριότητες που αναλαμβάνονται, τους πόρους που χρησιμοποιούνται και τον χρόνο που απαιτείται, δεδομένα που είναι αρκετά μεταβλητά. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ των επισκέψεων που αναφέρονται και των πραγματικών αποτελεσμάτων είναι ασαφής ώστε να επιτευχθούν καλύτερες αλλαγές πολιτικής, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσω της πρωτοβουλίας υγείας περιλαμβάνουν (Ricauda, Nicoletta Aimonino, et al, 2004 & Grabowski, David C., et al. ,2008).

Κεφάλαιο 3^ο

Μεθοδολογία της έρευνας

Υλικό και μέθοδος

Το υλικό της παρούσης έρευνας στηρίχθηκε στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων και συγγραμμάτων. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και σύγκριση των αποτελεσμάτων έχει ως βασικό σκοπό την κατανόηση του νοήματος της διαπίστευσης της υγειονομικής φροντίδας στο σπίτι και την εφαρμογή των διαφόρων προτύπων διαπίστευσης σε αυτό.

Αφετηρία για την παρούσα έρευνα ήταν η συστηματική διερεύνηση και μελέτη της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας. Από τη διερεύνηση αυτή ο ερευνητής πληροφορήθηκε τι έχει γραφτεί σχετικά με το θέμα, που ενδιαφέρεται να μελετήσει, αλλά και ποιες άλλες έρευνες έχουν γίνει στο χώρο, σχετικά με το θέμα.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Google scholar, Scopus, Science direct, PubMed/Medline,).

Σχεδιασμός έρευνας

Αρχικά έγινε ανάγνωση της περίληψης των μελετών, προκειμένου να διαχωριστούν όσες θα χρησιμοποιούνταν από αυτές που δε σχετίζονται με το θέμα. Όλες οι μελέτες, οι παραπομπές και τα σχετικά άρθρα που βρέθηκαν, μελετήθηκαν. Τα κριτήρια εισαγωγής των άρθρων ήταν η αγγλική αλλά και η ελληνική γλώσσα, και η συνάφεια του περιεχομένου. Στη συνέχεια έγινε η συλλογή των δεδομένων, η περιγραφή τους, τα συμπεράσματα τους, οι προβληματισμοί, με εκτενείς αναφορές στο θέμα και στο τέλος οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν δικαιολόγησαν τα αποτελέσματα των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, ώστε να υπάρχει μία σαφής άποψη για τη διαδικασία της αξιολόγησης. Από τα 87 άρθρα που αρχικά συλλέχθηκαν αποκλείστηκαν τα 35 και ξεκίνησε η ανάπτυξη της εργασίας με τη χρήση των 52 βιβλιογραφικών αναφορών που επιλέχθηκαν. Τα κριτήρια αποκλεισμού της υπόλοιπης βιβλιογραφίας ήταν η πολύ παλιά χρονολογία διεξαγωγής της καθώς και η μεγάλη απόκλιση των άρθρων από το θέμα της εργασίας καθώς τα υπόλοιπα άρθρα είχαν αρκετά μεγάλη συνάφεια με αυτή.

Λέξεις κλειδιά: διασφάλιση ποιότητας – quality assurance, ποιότητα φροντίδας υγείας – quality of health care, ISO 9000, ISO 9001, φροντίδα στο σπίτι – home care, home-based care

Στη μελέτη που έγινε το 1999, οι Henggeler, Scott W. et al. μελέτησαν 106 παιδιά τα οποία τέθηκαν σε κατ' οίκον φροντίδα. Τα παιδιά αυτά είχαν ψυχιατρικά προβλήματα. Σκοπός της έρευνας ήταν να συγκρίνει την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία από την υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι (MST). Οι αξιολογήσεις της συμπτωματολογίας εξέτασαν την αντικοινωνική συμπεριφορά, την αυτοεκτίμηση, τις οικογενειακές σχέσεις, τις σχέσεις ομότιμων, τη σχολικής φοίτησης και την ικανοποίηση των καταναλωτών που διεξήχθησαν σε 3 φορές: εντός 24 ωρών από την πρόσληψη στο έργο λίγο μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο (1-2 εβδομάδες μετά την πρόσληψη), και με την ολοκλήρωση των υπηρεσιών MST με βάση το σπίτι (μέσος όρος των προσλήψεων οι 4 μήνες). Το MST ήταν πιο αποτελεσματικό από τα επείγοντα περιστατικά στους νέους, εξωτερικεύοντας τα συμπτώματα και βελτιώνοντας τη λειτουργία της οικογένειας και της σχολικής φοίτησης. Η νοσηλεία ήταν πιο αποτελεσματική από την MST και στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης στους νέους. Βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών που έλαβαν μέρος ήταν υψηλότερες

στον όρο MST. Τα ευρήματα ενισχύουν την άποψη ότι μια εντατική, καλά καθορισμένη εμπειρικά υποστηριζόμενη θεραπεία, με συνετή πρόσβαση σε τοποθέτηση, μπορεί αποτελεσματικά να χρησιμεύσει ως βάση και ως μία εναλλακτική λύση σε έκτακτης ανάγκης ψυχιατρική νοσηλεία παιδιών και εφήβων. (Henggeler, Scott W. et al., 1999).

Οι Grabowski, David C., et al., το 2008, ερευνήσαν την ευημερία των κατοίκων μιας περιοχής, τους παράγοντες που σχετίζονται με τη νοσηλεία των ασθενών αυτής της περιοχής περιλαμβάνουν κοινωνικά, δημογραφικά και χαρακτηριστικά για την υγεία, τη στελέχωση των νοσοκομείων, την παρουσία των βοηθητικών υπηρεσιών, καθώς και τη χρήση του ασύλου. Η υπερφόρτωση του προσωπικού συνδέεται και με αυξημένη νοσηλεία. Τέλος, οι οικονομικές μεταβλητές που σχετίζονται με τη νοσηλεία περιλαμβάνουν και τα γηροκομεία, τα οποία είναι ιδιοκτησία της Medicaid, καθώς και τα ποσοστά πληρωμών στα γηροκομεία και τις απαιτήσεις που έχουν ανά κλίνη. Οι περισσότερες μελέτες επικαλούνται δυνητικά συγχυσμένα ερευνητικά σχέδια, τα οποία αφήνουν ανοικτό το θέμα της μεροληπτικής επιλογής. Ωστόσο, η βιβλιογραφική ανασκόπηση ισχυρίζεται ότι στο γηροκομείο οι νοσηλείες είναι συχνές και συχνά μπορούν να προληφθούν με πρακτικές διευκόλυνσης και καλύτερες επιλογές φροντίδας υγείας(Grabowski, David C., et al., 2008).

Σε μία άλλη έρευνα παρακολουθήθηκε στενά ένα πρόγραμμα νοσηλείας δημιουργήθηκε στην Ιερουσαλήμ το 1991 και παρείχε εντατική ιατρική περίθαλψη στο σπίτι προκειμένου να προληφθούν ή να συντομευθούν οι νοσηλείες στο νοσοκομείο. Το πρόγραμμα βασίστηκε στις τακτικές επισκέψεις στο σπίτι από ιατρούς και νοσηλευτική αξιολόγηση, ούτως ώστε να καθορίσει την ανάγκη για τακτική φροντίδας. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στην οποία ανήκουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές, οι οποίοι αμειβόντουσαν μηνιαίως και είχαν εφημερία 24 ώρες εκτός από τις περιοδικές επισκέψεις τους. Οι ασθενείς συμμετείχαν στο πρόγραμμα με τη βοήθεια ανώτερων γιατρών, της Κοινότητας και κατόπιν αιτήσεως του οικογενειακού γιατρού.

Βοηθητικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες στην εργαστηριακή ομάδα περιλαμβάνουν τη νοσηλεία στο σπίτι και τον ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο, ειδικότητα διαβουλεύσεων, λογοθεραπεία και κοινωνική εργασία στο σπίτι μέχρι 3 ώρες καθημερινά. Οι μηνιαίες επισκέψεις συμπεριλαμβάνουν και έναν ανώτερο γιατρό που παρέχει εποπτεία και διαβουλεύσεις. Η νοσηλεία στο σπίτι αυξήθηκε από τη συνεχιζόμενη φροντίδα του άρρωστου. Το πρόγραμμα αύξησε τη συνεργατική

δράση με τις άλλες εγκαταστάσεις της συνεχούς φροντίδας για να συμπεριλάβει ένα δίκτυο ολοκληρωμένων υπηρεσιών σε πολύ οξείας, οξείας κατάστασης και χρόνιων ασθενών, τόσο στο σπίτι όσο και σε θεσμικούς χώρους.

Σε 4 χρόνια το δίκτυο αυτό πέτυχε την καθιέρωσή του σε οξεία και εντατική θεραπεία στην Κοινότητα, με την επίτευξη υψηλού επίπεδου νοσηλείας του ασθενή και την οικογενειακή ικανοποίηση με εντυπωσιακά οικονομικά πλεονεκτήματα. Στα πρώτα 2 χρόνια λειτουργίας της νοσηλείας στο σπίτι, εξοικονομήθηκαν \$4 εκατομμύρια λόγω μειωμένης κίνησης του Θεραπευτηρίου και προκαταρκτικά στοιχεία για τα επόμενα 2 χρόνια έδειξαν ότι η τάση αυτή συνεχίστηκε. Η νοσηλεία στο σπίτι έγινε πιο υποστηρικτική, εντατική και ανθρώπινη στην Κοινότητα (Stessman, Jochanan, Robert Hammerman-Rozenberg, and Aaron Cohen, 1997).

Οι Stessman, Jochanan, et al., σε μία έρευνά τους το 1996, παρακολούθησαν ασθενείς ηλικίας άνω των 65 παραπέμφθηκαν είτε στο πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας (ομάδα μελέτης, n = 36,500) ή της ρουτίνας ιατρικής περίθαλψης (ομάδα ελέγχου, n = 9000) ανάλογα με την ανάθεση του Ταμείου του άρρωστου. Κατά τους πρώτους 26 μήνες, το πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας περιέθαλπε 741 άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, για συνολικά 37,290 ημέρες φροντίδας σε ένα μέσο ημερήσιο κόστος \$30.06 (1992) και \$23.64 (1993). Τα ετήσια ποσοστά γενικής νοσηλείας ανά άτομο μειώθηκε στην ομάδα μελέτης από 2.80 ημέρες κατά την περίοδο βάσης 1991 2,65 ημέρες το 1992 και 2.54 ημέρες το 1993. Τα ποσοστά της ομάδας ελέγχου αυξήθηκαν από 2,62 το 1991 σε 2.70 ημέρες/μέλος και 2,71 ημέρες/μέλος το 1992 και το 1993, αντίστοιχα. Ετήσιοι ρυθμοί γηριατρικής νοσηλείας μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα μελέτης από τη γραμμή βάσης του 1.49 (1991), 1.34 (1992) και 1.33 (1993). Η ομάδα ελέγχου βίωσε μια μικρή μείωση από 1.64 (1991) σε 1,58 (1992) και στη συνέχεια αυξήθηκε σε 1,68 ημέρες το 1993. Κατά τη διάρκεια των 26 μηνών του προγράμματος, η εκτιμώμενη εξοικονόμηση ήταν 20,773 ημερών στο Γενικό Νοσοκομείο (5.54 εκατομμύρια δολάρια) και 8486 ημέρες στο γηριατρικό νοσοκομείο (0,98 εκατομμύρια δολάρια) όπου έγινε υπέρβαση του κόστους (0.97 εκατομμύρια δολάρια), παρέχοντας μια αναλογία κόστους/οφέλους 5.7/1. Επιπλέον, η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλή. Το πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας που παρέχεται είναι οικονομικά αποδοτικό υποκατάστατο για τη φροντίδα σε ένα γηριατρικό νοσοκομείο ή γενικά για τους ηλικιωμένους της Ιερουσαλήμ (Stessman, Jochanan, et al., 1996).

Σε μία άλλη έρευνα, 120 ασθενείς (μέση ηλικία ανδρών 82-54 και 66 στις γυναίκες) ήταν εγγεγραμμένοι (60 σε κάθε μελέτη). Το αθροιστικό ποσοστό των υποθέσεων που επιζούν στους 6 μήνες ήταν 0,65 στην θεραπεία που γινόταν στο σπίτι από μια υπηρεσία γηριατρικής κατ' οίκον νοσηλείας (GHHS) και 0.60 σε μία ομάδα που θεραπευόταν σε ένα γενικό ιατρικό θάλαμο (GMW). Λειτουργικοί και νευρολογικοί παράμετροι βελτιώθηκαν σημαντικά τόσο σε GHHS όσο και σε GMW ασθενείς, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Τα ποσοστά της κατάθλιψης ήταν σημαντικά καλύτερα σε ασθενείς που έλαβαν από το σπίτι υγειονομική φροντίδα, που ήταν πιο πιθανό να παραμείνουν στο σπίτι για 6 μήνες από ασθενείς που έλαβαν φροντίδα από το νοσοκομείο και είχαν ένα χαμηλότερο ποσοστό ιατρικών επιπλοκών (Ricauda, Aimonino, et al., 2004)

Οι Salazar, Albert, et al., το 2009, για να αξιολογήσουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών σε μονάδα νοσηλείας στο σπίτι (HHU) μελέτησαν μετά από ένα πρώτο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η ρύθμιση της μελέτης ήταν σε πανεπιστημιακή κλινική 500 κλινών, που αντιμετωπίζει 125.000 επισκέψεις έκτακτης ανάγκης ανά έτος. Οι συμμετέχοντες ήταν όλοι οι ασθενείς από 1ης Ιανουαρίου 2005 έως 31 Δεκεμβρίου 2005 και τελικά εισαχθέντες προς HHU. Οι μεταβλητές ήταν ηλικία, φύλο, διαγνωστικές εξετάσεις, η μέση διάρκεια της τη διαμονή, και το ποσοστό της επανεισαγωγής. Εντοπίστηκε μια ομάδα που αποτελείται από 250 ασθενείς που εισάγονται σε HHU απευθείας από την κλινική. Μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 75 χρόνια. Οι εκατό πενήντα οκτώ ήταν άνδρες (63%). Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν οξεία έξαρση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (127 των 250 ασθενών, 50,8%), οξεία έξαρση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας (32 στους 250 ασθενείς, 12,8%), πνευμονία (24 στους 250 ασθενείς, 9,6%), λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος (20 από 250 ασθενείς, 8%), και η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στο πόδι (14 των 250 ασθενών, 5,6%). Μέση διάρκεια παραμονής ήταν 8 ημέρες. Το ποσοστό επανεισδοχής ήταν 9% (Salazar, Albert, et al., 2009).

Σε έρευνα που έγινε μεταξύ Ιουλίου 2003 και Δεκεμβρίου 2007, η βρετανική διοίκηση υγείας (VHA) εισήγαγε ένα εθνικό πρόγραμμα τηλεδιάσκεψης στο σπίτι, η λεγόμενη τηλεϊατρική φροντίδα συντονισμού/σπίτι (CCHT). Σκοπός της είναι να συντονίζει την φροντίδα των βρετανών ασθενών με χρόνιες παθήσεις και να αποφευχθεί η περιττή εισαγωγή τους σε μακροχρόνιας περίθαλψης νοσοκομειακά ιδρύματα. Δημογραφικές αλλαγές στον πληθυσμό των βρετανών απαιτούν VHA αύξηση της μη θεσμικής περίθαλψης (NIC) σε υπηρεσίες 100% πάνω από το επίπεδο

του 2007 ώστε να παρέχει φροντίδα για 110.000 NIC ασθενείς από το 2011. Από το 2011, η CCHT θα συναντήσει το 50% του VHA αναμενόμενης NIC διάταξης. Η CCHT περιλαμβάνει την συστηματική εφαρμογή της πληροφορικής υγείας, την τηλεϊατρική στο σπίτι και τεχνολογίες διαχείρισης της νόσου. Αυτό βοηθά τους ασθενείς ώστε να μπορούν να ζουν ανεξάρτητα στο σπίτι. Από το 2003 έως το 2007, ο αριθμός απογραφής (σημείο επικράτησης) για τους ασθενείς VHA CCHT αυξήθηκε από 2.000 σε 31,570 (1.500% αύξηση). Η CCHT είναι τώρα μια ρουτίνα στην NIC υπηρεσία που παρέχεται από VHA ώστε να υποστηρίξει βρετανούς ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, καθώς γερνούν. Οι ασθενείς που υπάγονται στην CCHT είναι κυρίως άνδρες (95%), και άνω των 65 ετών ή μεγαλύτεροι. Αυστηρά κριτήρια καθορίζουν την επιλεξιμότητα των ασθενών για την εγγραφή στο πρόγραμμα ώστε τα CCHT προγράμματα να πληρούν τυποποιημένη κλινική, τεχνολογία, καθώς και κάποιες διοικητικές απαιτήσεις. Η VHA έχει εκπαιδεύσει 5.000 προσωπικό ώστε να είναι ικανό να παρέχει την CCHT. Συνηθισμένη ανάλυση δεδομένων που λαμβάνονται για την ποιότητα και την απόδοση της τηλεϊατρικής από την ομάδα των 17.025 ασθενών, η CCHT δείχνει τα οφέλη της με τη μείωση ημερών νοσηλείας σε κλίνη κατά 25% , σε 19% μείωση στους αριθμούς εισαγωγών στο νοσοκομείο και ικανοποίηση μέσης εκτίμησης αποτελέσματος 86% μετά την εγγραφή στο πρόγραμμα. Το κόστος της CCHT είναι 1.600 δολάρια ανά ασθενή ετησίως, σημαντικά λιγότερο από άλλα προγράμματα του NIC και της νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. Η εμπειρία του VHA είναι ότι μια υλοποίηση εταιρικών τηλεϊατρικών υπηρεσιών στο σπίτι είναι ένας κατάλληλος και οικονομικά αποδοτικός τρόπος διαχείρισης των ασθενών χρόνιας φροντίδα στις αστικές και αγροτικές περιοχές (Darkins, Adam, et al., 2008).

Μια συστηματική ανασκόπηση της τηλεπερίθαλψης υλοποιήθηκε στο σπίτι που πραγματοποιήθηκε για τα ευπαθή και ηλικιωμένα άτομα καθώς και για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Οι ερευνητές έψαξαν 17 ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, τους καταλόγους αναφοράς των συγκεκριμένων μελετών, τα πρακτικά συνεδρίων και τις ιστοσελίδες για μελέτες που είναι διαθέσιμες από τον Ιανουάριο του 2006. Προσδιόρισαν περιλήψεις 8666 μελετών, οι οποίες αξιολογήθηκαν ανεξάρτητα για το ενδιαφέρον από δύο κριτές. Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για κάθε μέγεθος και μελέτες παρατήρησης με 80 ή περισσότερους συμμετέχοντες ήταν επιλέξιμες για την ένταξη, αν εξέτασαν τις συνέπειες από τη χρήση της τεχνολογίας τηλεπικοινωνιών ώστε να (α) έχουν παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ή την

ασφάλεια τους και την ασφάλεια στο σπίτι, ή (β) να παρέχουν πληροφορίες και υποστήριξη. Η αναθεώρηση περιλαμβάνονται 68 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (69%) και 30 μελέτες παρατήρησης με 80 ή περισσότερους συμμετέχοντες (31%). Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώθηκαν σε άτομα με διαβήτη (31%) ή καρδιακή ανεπάρκεια (29%). Σχεδόν τα δύο τρίτα (64%) από τις μελέτες που προέρχεται από τις ΗΠΑ, περισσότερο από το ήμισυ (55%) είχαν δημοσιευθεί μέσα στην προηγούμενη τριετία. Με βάση τα στοιχεία που επανεξετάστηκαν, οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις τηλεπερίθαλψης φαίνεται να είναι αυτοματοποιημένα ζωτικά σημεία παρακολούθησης (για τη μείωση της χρήσης υπηρεσιών υγείας) και το τηλέφωνο παρακολούθησης από νοσηλευτές (για τη βελτίωση των κλινικών δεικτών και τη μείωση της χρήσης υπηρεσιών υγείας). Η σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων αυτών ήταν πάντοτε ακριβής. Υπάρχουν ανεπαρκή αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις της εγχώριας ασφάλειας και της ασφάλειας του συναγερμού. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μόνο και μόνο επειδή υπάρχουν ανεπαρκή αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με ορισμένες παρεμβάσεις, αυτό δεν σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις δεν έχουν καμία επίδραση (Barlow, James, et al., 2007).

Συνεχίζοντας, ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστεί εάν ένα σπίτι που χρησιμοποιεί τηλεϊατρική, όταν ενσωματώνεται με ηλεκτρονικό ιατρικό σύστημα υγείας, μειώνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και βελτιώνει αποτελεσματικά την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη συνηθισμένο υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι για ηλικιωμένους χρήστες με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας. Η μελέτη έγινε σε ασθενείς που εντοπίστηκαν μέσω του ιατρικού κέντρου της βάσης δεδομένων. Επιπλέον, έγινε παρέμβαση σε ασθενείς που έλαβαν στο σπίτι τους τηλεπερίθαλψη και που χρησιμοποιούνται τυποποιημένες τηλεφωνικές γραμμές ώστε να μπορούν να επικοινωνούν με το νοσοκομείο. Η FDA ενέκρινε περιφερειακές συσκευές παρακολούθησης για τα ζωτικά σημεία και έγκυρων ερωτηματολόγιων που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ποιότητας της ζωής.

Δεδομένα εκτός αυτής της κλίμακας ενεργοποιήθηκαν ηλεκτρονικά και στάλθηκαν οι κατάλληλες ειδοποιήσεις ώστε να περιποιηθούν οι νοσηλευτές που εργάζονταν στο συγκεκριμένο σύστημα τους διαχειριστές των εκάστοτε περιπτώσεων.

Σημειώσεις σε ειδικά έγγραφα προόδου διευκόλυναν αισθητά την είσοδο στα δεδομένα και στο ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο του ασθενούς. Οι συμμετέχοντες (n

104) μιας συγκεκριμένης περιοχής που είχαν καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια πνευμονική νόσο, ή/και σακχαρώδη διαβήτη τυχαιοποιήθηκαν σε μια ομάδα παρέμβασης ή ελέγχου για 6-12 μήνες. Παραμετρικές αναλύσεις διενεργήθηκαν σύμφωνα με συγκρίσιμα αποτελέσματα για

(1) υποκειμενικά και αντικειμενικά μέτρα της ποιότητας της ζωής, την υγεία

(2) τη χρήση των πόρων και

(3) τις δαπάνες.

Σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, έγγραφα για θέματα τηλεδιάσκεψης στο σπίτι έδειξαν μια στατιστικά σημαντική μείωση σε 6 μήνες για τη φροντίδα υγείας σε νοσοκομειακές κλίνες (p 0,0001), επισκέψεις δωματίου επείγουσας κλινικής/έκτακτης ανάγκης (p 0.023), και τα επίπεδα A1C (p 0,0001). Στους 12 μήνες για την γνωστική κατάσταση (p 0.028) και σε 3 μήνες για την ικανοποίηση των ασθενών (p 0,001). Τα επίπεδα λειτουργίας και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς δεν έδειξαν κάποια σημαντική διαφορά στην κάθε ομάδα. Η ενσωμάτωση τηλεπερίθαλψης στο σπίτι με ηλεκτρονική βάση δεδομένων στον φορέα υγειονομικής περίθαλψης σημαντικά μειώνει τη χρήση των πόρων και ταυτόχρονα βελτιώνει τη γνωστική κατάσταση, συμμόρφωση στη θεραπεία, και τη σταθερότητα της χρόνιας πάθησης για κλινήρεις ηλικιωμένους ή ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που τους καθιστούς δέσμιους του σπιτιού τους(Noel, Helen C. et al, 2004).

Στόχος της τηλεπαρακολούθησης στο σπίτι αντιπροσωπεύει μια προσέγγιση διαχείρισης ασθενών, συνδυάζοντας τις διάφορες τεχνολογίες πληροφοριών για την παρακολούθηση των ασθενών σε απόσταση. Αυτή η μελέτη παρουσιάζει μια συστηματική ανασκόπηση της φύσης και του μεγέθους των αποτελεσμάτων που συνδέονται με την τηλεπαρακολούθηση των τεσσάρων τύπων των χρόνιων ασθενειών: τις πνευμονικές συνθήκες, το διαβήτη, την υπέρταση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Μία ολοκληρωμένη βιβλιογραφική έρευνα διεξήχθη στο Medline και στη βιβλιοθήκη Cochrane για τον εντοπισμό των σχετικών άρθρων που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1990 και 2006. Συνολικά 65 εμπειρικές μελέτες προέκυψαν (18 πνευμονικές ασθένειες, 17 διαβήτη, 16 καρδιακές παθήσεις, και υπέρταση 14) ως επί το πλείστον διεξάγονται στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη.

Το μέγεθος και η σημασία των αποτελεσμάτων σχετικά με τους όρους των ασθενών τηλεπαρακολούθηση (π.χ., η έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων, μείωση στην αρτηριακή πίεση, επαρκή φαρμακευτική αγωγή, μειωμένη θνησιμότητα) παραμένουν

ασαφή για όλες τις τέσσερις χρόνιες ασθένειες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι ανεξάρτητα από την ιθαγένεια, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ή την ηλικία, οι ασθενείς ανταποκρίνονται σε προγράμματα τηλεπαρακολούθησης και στη χρήση των τεχνολογιών. Σημαντικό, για την τηλεπαρακολούθηση είναι οι επιπτώσεις στην κλινική αποτελεσματικότητα (π.χ., μείωση της έκτακτης ανάγκης των επισκέψεων στα νοσοκομεία και το κατά μέσο όρο διαμονής στο νοσοκομείο) είναι πιο συχνές σε μελέτες πνευμονικής και καρδιακής από ότι στον διαβήτη και στην υπέρταση. Τέλος, παρατηρήθηκε η οικονομική βιωσιμότητα της τηλεπαρακολούθησης, όπου γίνονται πολύ λίγες μελέτες και, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν γίνεται εις βάθος ανάλυση της ελαχιστοποίησης του κόστους (Paré, Guy, Mirou Jaana, and Claude Sicotte, 2007).

Οι Naylor, Mary D., et al, το 1999, είχαν ως στόχο της συγκεκριμένης μελέτης να εξετασθεί η αποτελεσματικότητα της μιας προηγμένης πρακτικής των νοσηλευτών με επίκεντρο την απαλλαγή του σχεδιασμού και την παρακολούθηση στο σπίτι καθώς και την παρέμβαση για υπερήλικες που βρίσκονται σε κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Ο σχεδιασμός τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής με τη συνέχεια που δόθηκε σε 2, 6, 12 και 24 εβδομάδες μετά από εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Η ρύθμιση δύο αστικών, ακαδημαϊκών και συνδεδεμένων νοσοκομείων στην Φιλαδέλφεια, όπου οι επιλεγμένοι συμμετέχοντες ασθενείς ήταν 65 ετών ή μεγαλύτεροι, και νοσηλευόντουσαν στο νοσοκομείο από τις αρχές του Αυγούστου του 1992 έως το Μάρτιο του 1996, και είχαν 1 από τους διάφορους ιατρικούς και χειρουργικούς λόγους για την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η παρέμβαση σε ασθενείς που έλαβαν μια συνολική υγειονομική φροντίδα στο σπίτι σύμφωνα με το πρωτόκολλο παρακολούθησης το οποίο είχε σχεδιαστεί ειδικά για υπερήλικες, οι οποίοι ήταν σε κίνδυνο για νοσηρότητα. Κύριο μέτρο το αποτέλεσμα επανεισαγωγής, η ώρα για την πρώτη επανεισαγωγή, οι επισκέψεις των επαγγελματιών υγείας στο σπίτι σε οξεία ασθένεια και την παροχή κατάλληλης φροντίδας, το κόστος, η λειτουργική κατάσταση, η κατάθλιψη και η υπομονετική ικανοποίηση.

Συνολικά, τα αποτελέσματα από τους 363 ασθενείς (186 στον όμιλο ελέγχου) και 177 στην ομάδα παρέμβασης ήταν εγγεγραμμένα στη μελέτη. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 75 χρόνια, το 50% ήταν άνδρες και 45% ήταν αφροαμερικάνοι. Από την 24η εβδομάδα και μετά από το εξιτήριο από το νοσοκομείο ο δείκτης σε ασθενείς της ομάδας ελέγχου ήταν πιθανότερο να αυξηθεί από ότι της ομάδας με τους ασθενείς υπό την επανεισαγωγή τουλάχιστον μίας φορές (37,1% vs 20,3%. $P < .001$). Λιγότερη

παρέμβαση είχε η ομάδα με τους ασθενείς που είχαν πολλαπλές επανεισαγωγές (6.2% vs 14,5%. $P = .01$) και η ομάδα παρέμβασης είχε λιγότερες ημέρες στο νοσοκομείο ανά ασθενή (1.53 vs 4.09 ημέρες· $P < .001$). Ο χρόνος για να την πρώτη επανεισαγωγή αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης ($P < .001$). 24 εβδομάδες μετά την απαλλαγή, το σύνολο Medicare όπου επέστρεφε για υπηρεσίες υγείας ήταν περίπου 1,2 εκατομμύρια δολάρια εν αντιθέση με την ομάδα ελέγχου, η οποία άγγιζε περίπου τα 0,6 εκατομμύρια δολάρια στην ομάδα παρέμβασης ($P < .001$). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανά ομάδα στις επισκέψεις για οξεία φροντίδα, για τη λειτουργική κατάσταση ή την κατάθλιψη (Naylor, Mary D., et al, 1999).

Συνεχίζοντας τις έρευνες, το φόντο που εξέτασε η συγκεκριμένη ομάδα ήταν το αποτέλεσμα μιας βασισμένης παρέμβασης στο σπίτι (ETE) για το επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και το θάνατο σε ασθενείς "υψηλού κινδύνου" με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίοι απορρίπτονται συνήθως στο να έχουν υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειάς τους.

Οι μέθοδοι του νοσοκομείου σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένη συστολική λειτουργία και μία ή περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο για οξεία καρδιακή ανεπάρκεια τυχαιοποιήθηκαν σε συνήθη φροντίδα είτε ($n = 48$) ή η ETE (βασισμένη παρέμβαση στο σπίτι) σε 1 εβδομάδα μετά το εξιτήριο ($n = 49$). Ο οίκος παρέμβασης αποτελείται από ένα ενιαίο σπίτι, το οποίο παρέχει έναν νοσηλευτή και έναν φαρμακοποιό, με στόχο να βελτιστοποιήσει τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, να αναγνωρίσει νωρίς κάποια κλινική επιδείνωση και να εντείνει την ιατρική παρακολούθηση και με τον φροντιστή να είναι σε συνεχή επαγρύπνηση, ανάλογα με την περίπτωση. Το πρωτεύον τελικό σημείο της μελέτης ήταν η συχνότητα απρογραμμάτιστης επανεισαγωγής συν τους θανάτους εκτός του νοσοκομείου εντός των 6 μηνών από την απαλλαγή. Δευτερεύοντα τελικά σημεία περιλαμβάνονται η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και τη συνολική θνησιμότητα. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, οι ασθενείς στον όμιλο της ETE είχαν λιγότερες απρογραμμάτιστη επανεισαγωγές (36 vs 63. $P = .03$) και λιγότερους θανάτους εκτός του νοσοκομείου (1 vs 5? $P = .11$): 0.8 ± 0.9 vs 1.4 ± 1.8 (mean \pm SD) εκδηλώσεις ανά ασθενή και συνήθη φροντίδα, αντίστοιχα ($P = .03$). Οι ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα της ETE είχαν επίσης λιγότερες ημέρες νοσηλείας (261 vs 452? $P = .05$) και λιγότερους συνολικά θανάτους (6 vs 12? $P = .11$). Οι ασθενείς που διορίστηκαν στη συνήθη φροντίδα ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν 3 ή περισσότερες επανεισαγωγές για οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ($P = .02$). Προάγγελοι

της απρογραμματίστης επανεισαγωγής ήταν (1) 14 ημέρες ή περισσότερες της απρογραμματίστης επανεισαγωγής κατά τους 6 μήνες πριν από την έναρξη της μελέτης (ποσοστό πιθανοτήτων [OR] 5.2; 95% εμπιστοσύνη διάστημα [CI], 1.8-16.2), (2) η προηγούμενη είσοδος για οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου (OR 3.3; 95% CI, 1.2-9.1), και (3) μια συγκέντρωση στο πλάσμα λευκωματίνης 38 g/L ή λιγότερης (OR 2.4; 95% CI, 1.2-6.0). Η παρέμβαση κατ' οίκον συσχετίστηκε επίσης με μια τάση προς το μειωμένο κίνδυνο απρογραμματίστης επανεισαγωγής (OR 0.4; 95% CI, 1.1-0.2) (Stewart, Simon, Sue Pearson, and John D. Horowitz, 1998).

Οι Boyd, Cynthia M., et al., στην έρευνα που έκαναν το 2005, παρατήρησαν πως όταν τέθηκε ως αίτημα ότι η νοσηλεία στο σπίτι (HH) σε επιλεγμένα περιστατικά χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), αποδείχθηκε ότι το δωμάτιο έκτακτης ανάγκης (ER) θα μπορούσε να διευκολύνει καλύτερα τα αποτελέσματα από το συμβατικό τρόπο νοσηλείας. Σύμφωνα με αυτό, 222 ασθενείς με ΧΑΠ (γυναίκες 3,2%, με ηλικία 71 ± 10) τυχαιοποιήθηκαν σε HH ($n = 121$) ή συμβατική φροντίδα ($n = 101$). Κατά τη διάρκεια της HH, η ολοκληρωμένη φροντίδα έγινε από μια εξειδικευμένη νοσηλεύτρια με δωρεάν τηλεφωνική επικοινωνία και πρόσβαση του ασθενούς στη νοσηλεύτρια, η οποία εξασφαλίστηκε για μια περίοδο 8 εβδομάδων παρακολούθησης.

Η θνησιμότητα (HH: 4,1%, έλεγχοι: 6,9%) και η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο (HH: 0.24 ± 0.57 , έλεγχοι: 0.38 ± 0.70) ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Ωστόσο, στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης, οι HH ασθενείς έδειξαν ότι: 1) ένα χαμηλότερο ποσοστό του ER είχε επισκέψεις (0.13 ± 0.43 versus 0.31 ± 0.62), και 2) μια αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής (-6.9 έναντι -2.4). Επιπλέον, ένα υψηλότερο ποσοστό των ασθενών είχε μια καλύτερη γνώση της νόσου (58% - 27%), μια καλύτερη αυτοδιαχείριση της κατάστασής τους (81% έναντι 48%), και η ικανοποίηση του ασθενούς ήταν μεγαλύτερη. Το μέσο συνολικό άμεσο κόστος ανά ασθενή HH ήταν 62% των δαπανών της συμβατικής φροντίδας, που ουσιαστικά οφείλεται σε λιγότερες ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (1.7 ± 2.3 έναντι 4.2 ± 4.1 ημέρες).

Μια ολοκληρωμένη φροντίδα παρέμβασης στο σπίτι σε επιλεγμένη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια φαίνεται πως είναι οικονομικά αποδοτική. Η αρχική νοσηλεία της παρέμβασης αυτής παράγει καλύτερα αποτελέσματα με χαμηλότερο κόστος από τη συμβατική φροντίδα (Hernandez, C., et al, 2003). Αλλαγές στην αυτοαναφερόμενη λειτουργία σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είναι γνωστό ότι εμφανίζονται κατά τις 2 εβδομάδες πριν, κατά τη διάρκεια, και τους πρώτους μήνες

μετά από νοσηλεία. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της νοσηλείας στη λειτουργική κατάσταση σε μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες με αναπηρία δεν είναι γνωστή. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσον η νοσηλεία προβλέπει μακροχρόνια εξάρτηση από δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) από άτομα με ειδικές ανάγκες και συγκεκριμένα γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Η Υγεία των γυναικών, και Aging Study είναι μια πληθυσμιακή μελέτη που συμμετέχοντές της είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Αξιολογήθηκε η κοινότητα – κατοικία των γυναικών ≥ 65 ετών. Αξιολογήθηκαν και οι συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν ανεξάρτητοι έως το ADLs κατά την έναρξη και κοινωνικά αποκλεισμένες γυναίκες με περιστατικό εγκεφαλικού επεισοδίου, με κοινή χειρουργική επέμβαση κάτω άκρων, ακρωτηριασμό ή κάταγμα ισχίου. Οι μελετητές εξέτασαν τη σχέση μεταξύ αυτοαναφερόμενων περιστατικών νοσηλείας σε τρία διαδοχικά χρονικά διαστήματα 6 μηνών και περιστατικά εξάρτησης σε τουλάχιστον ένα ADL στους 18 μήνες ($n = 595$). Τα αποτελέσματα 595 γυναικών που αξιολογούνται είναι 32% όπου είχαν τουλάχιστον μία εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι γυναίκες που νοσηλεύτηκαν είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν εξαρτώμενες σε ADLs από ό, τι ήταν οι γυναίκες που δεν νοσηλεύτηκαν (17% έναντι 8%, $p = .001$). Σε ένα πολύ μεταβλητό μοντέλο, η νοσηλεία ήταν ανεξάρτητα προγνωστική της ανάπτυξης της ADL εξάρτησης που συνεχίστηκε στους 18 μήνες μετά την αρχική τιμή (ποσοστό πιθανοτήτων [OR], 3.2; 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI], 1.7-5.8), μετά από προσαρμογή που χρειάστηκε για την ηλικία, φυλή, εκπαίδευση, γραμμή βάσης, την ταχύτητα στο περπάτημα, τη δυσκολία με ADLs, αυτοαναφερθήσα κατάσταση της υγείας, καταθλιπτικά συμπτώματα, γνωστική κατάσταση, και παρουσία της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, του διαβήτη, ή της πνευμονικής νόσου. Η αύξηση του αριθμού του διαστήματος των 6 μηνών νοσηλείας ήταν ανεξάρτητο προγνωστικό του υψηλότερου κινδύνου σε ένα προσαρμοσμένο πρότυπο: ένα (OR 2.3; 95% CI, 1.1-4.6), δύο (OR 5.8; 95% CI, 2.4-14.4), και τρεις (OR 12.5; 95% CI, 2.7-57.6). Συμπερασματικά, αυτά τα αποτελέσματα προτείνουν ότι η νοσηλεία έχει μια ανεξάρτητη και μία επίδραση στην απώλεια της ανεξαρτησίας ADL σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες με αναπηρία για χρονικό διάστημα 18 μηνών (Boyd, Cynthia M., et al. 2005).

Ο λόγος που οι Francis Jennifer και Ann Netten, το 2004, έκαναν την παρακάτω έρευνα είναι η αύξηση των προτύπων όπου είναι ένας από τους βασικούς στόχους της Ατζέντας εκσυγχρονισμού της βρετανικής κυβέρνησης. Η ποιότητας ζωής των

ευάλωτων ηλικιωμένων ατόμων που διατηρούνται στο σπίτι ουσιαστικά εξαρτάται από την ποιότητα των υπηρεσιών περίθαλψης που λαμβάνουν στο σπίτι. Έτσι, η βελτίωση του επιπέδου της οικιακής φροντίδας είναι σαφώς στο επίκεντρο αυτής της Ατζέντας. Το παρόν έγγραφο εμπνεύστηκε από μια μικρής κλίμακας μελέτη των χρηστών και των παρόχων της κατ' οίκον υγειονομικής φροντίδας ώστε να εξετάσει τις πτυχές της ποιότητας της οικιακής φροντίδας και τη σημασία που έχει για τους ηλικιωμένους ανθρώπους, τις προσωπικές τους εμπειρίες και τα εμπόδια στη βελτίωση της. Διερευνήθηκαν οι έξι βασικές πτυχές της ποιότητας: αξιοπιστία, συνέχεια, ευελιξία, επικοινωνία, στάσεις του προσωπικού, δεξιότητες και γνώσεις. Εάν οι δείκτες απόδοσης πρέπει να έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, χρειάζεται περισσότερη εργασία για να γίνει προκειμένου να αντανakλούν τις βασικές πτυχές της ποιότητας από τη σκοπιά του χρήστη. Εντοπίστηκαν οι πιθανές περιοχές για τη βελτίωση της θέσης στην λειτουργία και την οργάνωση, αλλά αυτές έχουν δημοσιονομικές επιπτώσεις που θα πρέπει να πληρούνται. Όσο αναφορά την οικιακή φροντίδα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε το πλήρες δυναμικό στη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους (Francis, Jennifer, and Ann Netten., 2004).

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο εγκεκριμένες νοσηλεύτριες (RN) επηρεάζουν πιστοποιημένα γηροκομεία. Η έρευνα βασίζεται σε εκτεταμένη βιβλιογραφική επισκόπηση, όπου αναπτύχθηκε ένα μοντέλο για το Γηροκομείο ποιότητας. Χρησιμοποιώντας στοιχεία από τις εκθέσεις των 455 επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υγειονομική φροντίδα – δηλαδή το πιστοποιημένο εξειδικευμένο νοσηλευτικό, τις εγκαταστάσεις, τα διαρθρωτικά ταμεία, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα από παράγοντες που πιστεύεται ότι επηρεάζουν την ποιότητα, κατάφεραν να συνάψουν το μοντέλο με σκοπό να το αναλύσουν. Ένα μικρό, αν και στατιστικά σημαντικό, ποσοστό διακύμανσης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εξηγείται από την εξίσωση. Μια θετική, σημαντική σχέση που υπήρχε μεταξύ ποιότητας γηροκομείου και της αναλογίας των ωρών άδειας που λαμβάνουν οι εγκεκριμένες νοσηλεύτριες (RN) και οι ώρες ημερησίως των επαγγελματιών νοσηλευτριών (LVN) φαίνεται πως επηρεάζει την ποιότητα του γηροκομείου και την φροντίδα των κατοίκων αυτού (Munroe, Donna J., 1990).

Η παρούσα ερευνητική ομάδα θέλησε να εξετάσει την επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη σχέση τους με τους τομείς της ποιότητας ζωής

σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα και βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της ασθένειας. 86 ασθενείς έλαβαν ψυχολογικές δοκιμασίες για την κατάθλιψη (HAD) και την ποιότητα ζωής (EORTC-QLQ-C30) 1 εβδομάδα μετά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα της κατ' οίκον φροντίδας. Χρησιμοποιώντας μία κατάλληλη μέτρηση για το αποτέλεσμα της HAD-κατάθλιψης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν αναφερθεί κατά 45% των ασθενών. Η ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών ασθενών επηρεάζεται περισσότερο από ό, τι μη καταθλιπτικών ασθενών στους εξής τομείς: κοινωνικούς, συναισθηματικούς, γνωστικούς και φυσικούς. Σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των αποτελεσμάτων της κατάθλιψης και της εξασθένησης σε περιοχές όπου η ποιότητα ζωής ήταν καλύτερη. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την σημαντικότητα της κατάθλιψης και την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο που ακολουθούνται σε ένα περιβάλλον φροντίδας στο σπίτι. Η αξιολόγηση αυτή είναι απαραίτητη για να παρέχει κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στους ασθενείς, στις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες υγείας που τους φροντίζουν (Grassi, Luigi, et al., 1996).

Παρακολουθώντας μία άλλη έρευνα, πήραν μέρος 1000 άντρες που μεταφέρονται από ένα γενικό ιατρικό νοσοκομείο σε 40 γηροκομεία της κοινότητας ήταν ταξινομημένοι από τους γιατρούς ως προς τις προσδοκίες των αποτελεσμάτων εντός έξι μηνών και μετρήθηκαν για τη σωματική λειτουργία τους, κατά τη στιγμή της μεταβίβασής τους. Εν συνεχεία, έξι μήνες αργότερα και επανεξετάστηκαν για τη λειτουργική κατάσταση. Οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν για την παρακολούθηση ως εξής: βελτιωμένη, η ίδια, επιδεινωμένη κατάσταση ή νεκρός. Επιπλέον να θεωρούνται ότι πήραν εξιτήριο από το Γηροκομείο, ακόμα κι αν γύρισαν στο σπίτι ή επέστρεψαν στο νοσοκομείο. Τα Γηροκομεία μετρήθηκαν κάθε έξι μήνες σχετικά με τις διαρθρωτικές μεταβλητές. Τα αποτελέσματα των ασθενών που είχαν σχέση με τις περισσότερες από τις έρευνες για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είχαν επικεντρωθεί στο νοσοκομείο και, σε μικρότερο βαθμό, την περιπατητική ικανότητα. Μακροπρόθεσμα, η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι έλαβε σχετικά λίγη προσοχή κατά τη διάρκεια της έρευνας. Αν και στο γηροκομείο οι μελέτες διαφέρουν στους ορισμούς της ποιότητας, η πλειοψηφία τους καταφεύγει σε μια κοινή μεθοδολογία σχετικά με τα χαρακτηριστικά από τα σπίτια και τους όρους των ασθενών στα σπίτια. Οι ερευνητές δεν θα μπορούσαν να βρουν σε ποια περιοχή θεωρείται πως υπάρχουν αρκετά σπίτια όπου εξετάζονται ασθενείς σε διαχρονική βάση, ιδίως όσον αφορά την

κατάστασή τους, πριν και μετά την εισαγωγή στο σπίτι. Η ποιότητα έχει μετρηθεί γενικά από την παρατήρηση. Στη Βρετανία, ταξινομούνται 173 ιδρύματα γηροκομείων κατά μήκος μια συνέχειας της φροντίδας, τα οποία βασίζονται σε προσωπική επιθεώρηση των σπιτιών, τα οποία και βρέθηκαν υψηλότερης ποιότητας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Οι Beattie και Bullock κρίνουν πως 80 γηροκομεία στο St. Louis και στο Μιζούρι, συμφωνούν με την ποιότητα, η οποία ορίζεται ως "κοινωνική βαθμολογική κλίμακα," και παρατήρησαν ότι μεγαλύτερα σπίτια είχαν περισσότερα γηροκομεία τα οποία ήταν χαρακτηριστικά από πολύ – μεταβλητή ανάλυση της διακύμανσης, τον έλεγχο για την αναμενόμενη έκβαση, την ηλικία, και τις διαγνώσεις από καρκίνο και τις χρόνιες εγκεφαλοπάθεια.

Τα σπίτια που παρείχαν επαγγελματίες νοσηλευτές περισσότερες ώρες ανά ασθενή ήταν συνδεδεμένα με τους ασθενείς που είναι ζωντανοί, έχουν βελτιωμένη κατάσταση της υγείας τους και έχουν αποφορτιστεί από το σπίτι. Οι καλύτερες βαθμολογίες για την εστίαση συνδέονταν με το να είναι ο ασθενής ζωντανός και να έχει βελτιωμένη κατάσταση της υγείας του. Ένα υψηλότερα καταρτισμένο επαγγελματικό προσωπικό σε αναλογία των ασθενών είχε καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα (Linn, Margaret W., Lee Gurel, and Bernard S. Linn, 1977).

Συνεχίζοντας, σε ένα άλλο άρθρο έγινε περιγραφή μίας προσέγγισης των αποτελεσμάτων στις εργασίες μέτρησης σε όλη την συνέχεια της περίθαλψης. Η ανάπτυξη και η δοκιμή της μεθόδου με βάση το αποτέλεσμα της βελτίωσης της ποιότητας συνοψίζονται, όπως αναπτύχθηκε από το κέντρο του Πανεπιστημίου του Κολοράντο για την έρευνα υπηρεσιών υγείας στο Ντένβερ.

Τα αξιόπιστα και τα έγκυρα μέτρα για της αρχική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης στα τελικά αποτελέσματα (καθαρό αποτέλεσμα), ενδιάμεσα αποτελέσματα (οργανικό αποτέλεσμα), και τα αποτελέσματα της μεσολάβησης αναπτύχθηκαν και είναι χρήσιμα στην επίδειξη ασθενών όπου είχαν κάποια βελτίωση ή σταθεροποίηση, καθώς και παρακμή. Περαιτέρω, τα μέτρα αυτά μπορεί να συλλεχθούν από οργανισμούς και, με κατάλληλη σοβαρότητα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συγκρίνουν τα αποτελέσματα διαχρονικά και σε όλους τους οργανισμούς. Εθνικές δοκιμές της μεθοδολογίας είναι επί του παρόντος σε εξέλιξη, με βελτιώσεις στην εξέλιξη και στα μέτρα, στους κινδύνους και στην λειτουργία της διοίκησης (Shaughnessy, Peter W., et al, 1997).

Οι Kramer, Andrew M., et al. θέλησαν να παρατηρήσουν την αυξημένη χρήση της υπηρεσίας της οικιακής μέριμνας, καθώς και τη παροχή πιο εξελιγμένης περίθαλψης

σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, όπου οδήγησαν στην ανησυχία για τη διασφάλιση της ποιότητας στις αρχικές ρυθμίσεις. Ένα εννοιολογικό πλαίσιο προτείνεται για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας στο σπίτι όπου προϋποθέτει δύο πράγματα: αποτελέσματα, διαδικασία και διαρθρωτικά μέτρα, κατ' αρχάς, οφείλουν να αξιολογούν την ποιότητα με ακρίβεια – η ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες δείκτη ποιότητας (QUIGs), δεύτερον, επιτρέπει τη χρήση των πιο πρακτικών και εγκύρων προδιαγραφών όπου μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμες, διότι τα μέτρα συνδέονται άμεσα με τις συνθήκες ασθενών, παρεχόμενων υπηρεσιών και τους στόχους της θεραπείας. Περαιτέρω αξιοπιστία και εγκυρότητα στις δοκιμές από το QUIGs και ένα σύστημα ποιότητας επιχειρησιακών μέτρων είναι επί του παρόντος σε εξέλιξη (Kramer, Andrew M., et al., 1990).

Τελειώνοντας, στην παρακάτω έρευνα των Westra, Bonnie L., et al, που πραγματοποιήθηκε το 1995, παρατήρησαν την ικανοποίηση του πελάτη, η οποία έχει μελετηθεί εκτενώς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η αρχική υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης έχει βρεθεί στο επίκεντρο σε λίγες μελέτες. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να δοκιμαστεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της στην κατ' οίκον φροντίδα του πελάτη και τον μέσο όρο ικανοποίησής του (HCCSI). Συνολικά 400 πελάτες, που επιλέχθηκαν τυχαία από 20 τυχαία επιλεγμένες υγειονομικές φροντίδες στο σπίτι υπηρεσίες σε ένα μέλος, ολοκλήρωσαν την HCCSI και τη δημογραφική μορφή. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με πολλαπλά προβλήματα υγείας και των οικογενειών τους ή ανεπίσημη υποστήριξη συστημάτων. Δεδομένου ότι τα στοιχεία ήταν δύσκολο να συλλεχθούν και να αξιολογηθούν, χρησιμοποιήθηκε στοιχείο ανάλυσης. Ο αναθεωρημένος πίνακας (HCCSI-R) περιλαμβάνει 12 σημεία. Βαθμολογήθηκε με την κλίμακα Likert 5 - σημεία μέτρησης συγκεκριμένων πτυχών της περίθαλψης. Επιπλέον, υπάρχουν τρία παγκόσμια μέτρα ικανοποίησης που βαθμολογήθηκαν με 10 στο σημείο της κλίμακας. Όλα τα στοιχεία εκτός από ένα που είχε σημαντικές συσχετίσεις στο στοιχείο του συνόλου. Η συνολική βαθμολογία που συσχετίζεται με την πιθανότητα να συστήσει ο οργανισμός σε άλλους (.37, $p = .0001$), δείχνει κάποια στοιχεία για την εγκυρότητα που σχετίζεται με το κριτήριο (Westra, Bonnie L., et al, 1995).

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, οι Henggeler, Scott W. et al. Απέδειξαν πως η υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι ήταν πιο αποτελεσματική, όπου εκτός από τον τομέα της υγείας που προσέφεραν οι επαγγελματίες υγείας, παρατηρήθηκε βελτίωση αυτοεκτίμησης των νέων και είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών (Henggeler, Scott W. et al., 1999). Οι Grabowski, David C., et al., το 2008, παρατήρησαν ότι στο γηροκομείο οι νοσηλείες είναι συχνές και συχνά μπορούν να προληφθούν με πρακτικές διευκόλυνσης και καλύτερες επιλογές φροντίδας υγείας(Grabowski, David C., et al., 2008).

Οι Stessman, Jochanan, Robert Hammerman-Rozenberg, and Aaron Cohen, ύστερα από μελέτη των τακτικών επισκέψεων στο σπίτι από ιατρούς και νοσηλευτικές παρατήρησαν ότι αυτό το πρόγραμμα πέτυχε την καθιέρωσή του σε οξεία και εντατική θεραπεία στην Κοινότητα, με την επίτευξη υψηλού επίπεδου νοσηλείας του ασθενή και την οικογενειακή ικανοποίηση με εντυπωσιακά οικονομικά πλεονεκτήματα. Τα ποσά που εξοικονομήθηκαν ήταν θαυμαστικά. (Stessman, Jochanan, Robert Hammerman-Rozenberg, and Aaron Cohen, 1997).

Οι Stessman, Jochanan, et al ύστερα από τη μελέτη που έκαναν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας είχε τα παρακάτω πλεονεκτήματα. Μειώθηκαν τα ετήσια ποσοστά γενικής νοσηλείας ανά άτομο καθώς και οι ετήσιοι ρυθμοί της γηριατρικής νοσηλείας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε θαυμαστική εξοικονόμηση παρέχοντας ταυτόχρονα μία εξαιρετικού επιπέδου φροντίδα υγείας στο σπίτι. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν η ικανοποίηση των ασθενών να είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα (Stessman, Jochanan, et al., 1996).

Οι Ricauda, Aimonino, et al., το 2004 διερεύνησαν τη θεραπεία που γινόταν στο σπίτι από μια υπηρεσία γηριατρικής κατ' οίκον νοσηλείας (GHHS). Οι λειτουργικοί και νευρολογικοί παράμετροι βελτιώθηκαν σημαντικά ενώ τα ποσοστά της κατάθλιψης ήταν σημαντικά καλύτερα σε ασθενείς που έλαβαν από το σπίτι υγειονομική φροντίδα, που ήταν πιο πιθανό να παραμείνουν στο σπίτι για 6 μήνες και είχαν ένα χαμηλότερο ποσοστό ιατρικών επιπλοκών (Ricauda, Aimonino, et al., 2004)

Οι Salazar, Albert, et al., το 2009, παρατήρησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών σε μονάδα νοσηλείας στο σπίτι (HHU) μετά από ένα πρώτο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν η οξεία έξαρση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, οξεία έξαρση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, πνευμονία, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στο πόδι. Η μέση διάρκεια παραμονής ήταν 8 ημέρες και το ποσοστό επανεισαγωγής ήταν πολύ μικρό (Salazar, Albert, et al., 2009).

Οι Darkins, Adam, et al., το 2008, μετά από 4 χρόνια μελέτης διαπίστωσαν ένα εθνικό πρόγραμμα τηλεδιάσκεψης στο σπίτι, η λεγόμενη τηλεϊατρική φροντίδα συντονισμού/σπίτι (CCHT), κατάφερε να μειώσει τις ημέρες νοσηλείας σε κλίνη. Έτσι αποδείχθηκε πως μια υλοποίηση εταιρικών τηλεϊατρικών υπηρεσιών στο σπίτι είναι ένας κατάλληλος και οικονομικά αποδοτικός τρόπος διαχείρισης των ασθενών χρόνιας φροντίδα στις αστικές και αγροτικές περιοχές (Darkins, Adam, et al., 2008).

Οι Noel, Helen C. et al, 2004, συμπέραναν από τη δική τους έρευνα ότι ενσωμάτωση τηλεπερίθαλψης στο σπίτι με ηλεκτρονική βάση δεδομένων στον φορέα υγειονομικής περίθαλψης σημαντικά μειώνει τη χρήση των πόρων και ταυτόχρονα βελτιώνει τη γνωστική κατάσταση, συμμόρφωση στη θεραπεία, και τη σταθερότητα της χρόνιας πάθησης για κλινήρεις ηλικιωμένους ή ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που τους καθιστούν δέσμιους του σπιτιού τους(Noel, Helen C. et al, 2004).

Συνεχίζοντας στον ίδιο τομέα, οι Paré, Guy, Mirou Jaana, and Claude Sicotte, το 2007, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι ασθενείς ανταποκρίνονται σε προγράμματα τηλεπαρακολούθησης και στη χρήση των τεχνολογιών. Σημαντικό, για την τηλεπαρακολούθηση είναι οι επιπτώσεις στην κλινική αποτελεσματικότητα (π.χ., μείωση της έκτακτης ανάγκης των επισκέψεων στα νοσοκομεία και το κατά μέσο όρο διαμονής στο νοσοκομείο) είναι πιο συχνές σε μελέτες πνευμονικών και καρδιακών καταστάσεων από ότι στον διαβήτη και στην υπέρταση. Τέλος, παρατηρήθηκε η οικονομική βιωσιμότητα της τηλεπαρακολούθησης (Paré, Guy, Mirou Jaana, and Claude Sicotte, 2007).

Οι Naylor, Mary D., et al, το 1999, είχαν ως στόχο της συγκεκριμένης μελέτης να εξετασθεί η αποτελεσματικότητα της μιας προηγμένης πρακτικής των νοσηλευτών με επίκεντρο την απαλλαγή του σχεδιασμού και την παρακολούθηση στο σπίτι καθώς και την παρέμβαση για υπερήλικες που βρίσκονται σε κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Από την 24η εβδομάδα και μετά από το εξιτήριο από το νοσοκομείο ο δείκτης σε ασθενείς με κατ' οίκον φροντίδα είχαν χαμηλό ποσοστό επανεισαγωγής και χαμηλό ποσοστό παραμονής στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς που δεν είχαν κατ' οίκον φροντίδα είχαν πολλαπλές επανεισαγωγές (Naylor, Mary D., et al, 1999).

Οι Stewart, Simon, Sue Pearson, and John D. Horowitz, το 1998, ερεύνησαν το αποτέλεσμα μιας βασισμένης παρέμβασης στο σπίτι για την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και το θάνατο σε ασθενείς "υψηλού κινδύνου" με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίοι απορρίπτονται συνήθως στο να έχουν υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειάς τους. Κατάλαβαν, μέσω των αποτελεσμάτων, ότι οι ασθενείς με κατ' οίκον φροντίδα είχαν λιγότερες απρογραμματίστες επανεισαγωγές και λιγότερους θανάτους εκτός του νοσοκομείου. Επίσης, είχαν λιγότερες ημέρες νοσηλείας και λιγότερους συνολικά θανάτους εκτός νοσοκομείου. Η παρέμβαση κατ' οίκον συσχετίστηκε επίσης με μια τάση προς το

μειωμένο κίνδυνο απρογραμματίστης επανεισαγωγής (Stewart, Simon, Sue Pearson, and John D. Horowitz, 1998).

Οι Boyd, Cynthia M., et al., στην έρευνα που έκαναν το 2005, παρατήρησαν τη νοσηλεία στο σπίτι (HH) σε επιλεγμένα περιστατικά χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης, οι HH ασθενείς έδειξαν ότι ένα χαμηλότερο ποσοστό του ER είχε επισκέψεις και μια αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, ένα υψηλότερο ποσοστό των ασθενών είχε μια καλύτερη γνώση της νόσου, μια καλύτερη αυτοδιαχείριση της κατάστασής τους και η ικανοποίηση του ασθενούς ήταν μεγαλύτερη. Το μέσο συνολικό άμεσο κόστος ανά ασθενή ήταν πάνω από το μισό μειωμένο, κάτι που ουσιαστικά οφείλεται σε λιγότερες ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Μια ολοκληρωμένη φροντίδα παρέμβασης στο σπίτι σε επιλεγμένη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια φαίνεται πως είναι οικονομικά αποδοτική. Η αρχική νοσηλεία της παρέμβασης αυτής παράγει καλύτερα αποτελέσματα με χαμηλότερο κόστος από τη συμβατική φροντίδα (Hernandez, C., et al, 2003).

Οι Boyd, Cynthia M., et al., ύστερα από έρευνα που έκαναν το 2005, όπου κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η νοσηλεία έχει μια ανεξάρτητη και μία επίδραση στην απώλεια της ανεξαρτησίας ADL σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες με αναπηρία για χρονικό διάστημα 18 μηνών (Boyd, Cynthia M., et al. 2005).

Οι Francis Jennifer και Ann Netten, το 2004, έκαναν την παρακάτω έρευνα, όπου διερευνήθηκαν οι έξι βασικές πτυχές της ποιότητας: αξιοπιστία, συνέχεια, ευελιξία, επικοινωνία, στάσεις του προσωπικού, δεξιότητες και γνώσεις. Όσο αναφορά την οικιακή φροντίδα πρέπει να γίνει γνωστό το πλήρες δυναμικό στη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους (Francis, Jennifer, and Ann Netten., 2004).

Οι Munroe και Donna J., το 1990 είχαν ως σκοπό να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο εγκεκριμένες νοσηλεύτριες (RN) επηρεάζουν πιστοποιημένα γηροκομεία. Αυτό που τελικά φάνηκε είναι ότι μια θετική, σημαντική σχέση που υπήρχε μεταξύ ποιότητας γηροκομείου και της αναλογίας των ωρών άδειας που λάμβαναν οι εγκεκριμένες νοσηλεύτριες (RN) φαίνεται πως επηρεάζει την ποιότητα του γηροκομείου και την φροντίδα των κατοίκων αυτού (Munroe, Donna J., 1990).

Οι Grassi, Luigi, et al., το 1996, εξέτασαν την επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη σχέση τους με τους τομείς της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα και βρίσκονται σε προχωρημένο

στάδιο της ασθένειας. Τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν την σημαντικότητα της κατάθλιψης και την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο που ακολουθούνται σε ένα περιβάλλον φροντίδας στο σπίτι. Η αξιολόγηση αυτή είναι απαραίτητη για να παρέχει κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στους ασθενείς, στις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες υγείας που τους φροντίζουν (Grassi, Luigi, et al., 1996).

Οι Linn, Margaret W., Lee Gurel, and Bernard S. Linn, το 1977, ύστερα από μία εκτενή βιβλιογραφική έρευνα που έκαναν κατέληξαν στα εξής. Τα σπίτια που παρείχαν επαγγελματίες νοσηλευτές περισσότερες ώρες ανά ασθενή ήταν συνδεδεμένα με τους ασθενείς που είναι ζωντανοί, έχουν βελτιωμένη κατάσταση της υγείας τους και έχουν αποφορτιστεί από το σπίτι. Οι καλύτερες βαθμολογίες για την εστίαση συνδέονταν με το να είναι ο ασθενής ζωντανός και να έχει βελτιωμένη κατάσταση της υγείας του. Ένα υψηλότερα καταρτισμένο επαγγελματικό προσωπικό σε αναλογία των ασθενών είχε καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα (Linn, Margaret W., Lee Gurel, and Bernard S. Linn, 1977).

Τέλος, οι Kramer, Andrew M., et al. παρατήρησαν πως ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας στο σπίτι προϋποθέτει τα εξής: αποτελέσματα, διαδικασία και διαρθρωτικά μέτρα (Kramer, Andrew M., et al., 1990).

Συμπεράσματα

Η δεκαετία του '90 ήταν η περίοδος της αλλαγής, της ανάπτυξης και της εξειδίκευσης για τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, ενώ μετά το 2000, ήταν η χρονική περίοδος που παρέχονταν πολυπλοκότερες υπηρεσίες στο σπίτι. Τα επίπεδα βαρύτητας των ασθενών θα αυξάνονται γεγονός που θα οφείλεται στις γρηγορότερες εξόδους από το νοσοκομείο.

Οι αριθμοί των χειρουργικών επεμβάσεων, οι οποίες πρόκειται να διεξάγονται σε εξωνοσοκομειακή βάση ή με βραχεία παραμονή, συνεχώς θα αυξάνονται, με αποτέλεσμα οι οικογένειες και οι φίλοι να επωμίζονται περισσότερη ευθύνη για την παροχή φροντίδας στους αγαπημένους τους στο σπίτι. Η εξειδίκευση θα συνεχίσει να επεκτείνεται στις περιοχές υπηρεσιών καρδιολογικής φροντίδας, φροντίδας των τραυμάτων και ενδοφλέβιας θεραπείας.

Ο ρόλος της πρόληψης θα συνεχίσει να αναπτύσσεται στην κατ' οίκον φροντίδα μέσω της χρήσης του προ συμπτωματικού ελέγχου, της ανοσοποίησης και των κοινοτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Σκοπός αυτής της εξέλιξης θα είναι η διατήρηση της υγείας των ανθρώπων, ώστε να προλαμβάνεται η ασθένεια και οι συνεπαγόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας, θα πρέπει να επεκτείνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους συνεχώς, ώστε να αντιμετωπίζουν την πρόκληση παροχής προληπτικής οξείας και χρόνιας φροντίδας σε ασθενείς στο σπίτι.

Βιβλιογραφία

Boyd, Cynthia M., et al. "Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: the Women's Health and Aging Study I." *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60.7 (2005): 888-893.

Barlow, James, et al. "A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions." *Journal of Telemedicine and Telecare* 13.4 (2007): 172-179.

Caie-Lawrence, J., & Russell, J. (1995). Training needs of home health care nurses. *Home Healthcare Nurse*, 13(2), 53-61.

Clemen-Stone, S., Eigsti, D., & McGuire, S. (1987). Comprehensive family and community health nursing (2nd ed). New York: McGraw-Hill.

Darkins, Adam, et al. "Care coordination/home telehealth: the systematic implementation of health informatics, home telehealth, and disease management to support the care of veteran patients with chronic conditions." *Telemedicine and e-Health* 14.10 (2008): 1118-1126.

Forbes, Dorothy Anne. "Clarification of the constructs of satisfaction and dissatisfaction with home care." *Public Health Nursing* 13.6 (1996): 377-385.

Francis, Jennifer, and Ann Netten. "Raising the quality of home care: a study of service users' views." *Social Policy & Administration* 38.3 (2004): 290-305.

Grabowski, David C., et al. "Predictors of nursing home hospitalization a review of the literature." *Medical Care Research and Review* 65.1 (2008): 3-39.

Grassi, Luigi, et al. "Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients." *Journal of pain and symptom management* 12.5 (1996): 300-307.

Harrington, Charlene, et al. "Nursing home staffing and its relationship to deficiencies." *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 55.5 (2000): S278-S287.

Henggeler, Scott W., et al. "Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38.11 (1999): 1331-1339.

Hernandez, C., et al. "Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients." *European Respiratory Journal* 21.1 (2003): 58-67.

Humphrey, C., & Milone-Nuzzo, P. (1991). Home care nursing: An orientation to practice. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Karon, Sarita L., and David R. Zimmerman. "Using indicators to structure quality improvement initiatives in long-term care." *Quality Management in Healthcare* 4.3 (1996): 54-76.

Karon, Sarita L., François Sainfort, and David R. Zimmerman. "Stability of nursing home quality indicators over time." *Medical Care* 37.6 (1999): 570-579.

Kramer, Andrew M., et al. "Assessing and assuring the quality of home health care: A conceptual framework." *The Milbank Quarterly* (1990): 413-443.

Leff, Bruce, et al. "Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients." *Annals of internal medicine* 143.11 (2005): 798-808.

Linn, Margaret W., Lee Gurel, and Bernard S. Linn. "Patient outcome as a measure of quality of nursing home care." *American Journal of Public Health* 67.4 (1977): 337-344.

McNamara, E. (1982). Hospitals discover comprehensive home care. *Hospital*, 56, 60-66

Mor, Vincent, et al. "Benchmarking and quality in residential and nursing homes: lessons from the US." *International journal of geriatric psychiatry* 18.3 (2003): 258-266.

Mor, Vincent, et al. "The quality of quality measurement in US nursing homes." *The Gerontologist* 43.suppl 2 (2003): 37-46.

Mundrigger, M. (1983). Home care controversy: Too little, too late, too costly. Rockville, MD: Aspen.

Munroe, Donna J. "The influence of registered nurse staffing on the quality of nursing home care." *Research in Nursing & Health* 13.4 (1990): 263-270.

National Association for Home Care. (1994). Basic statistics about home care 1994, Washington, DC: National Association of Home Care.

Naylor, Mary D., et al. "Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial." *Jama* 281.7 (1999): 613-620.

Noel, Helen C., et al. "Home telehealth reduces healthcare costs." *Telemedicine Journal & E-Health* 10.2 (2004): 170-183.

OECD. OECD Guidelines for Micro Statistics on Household Wealth, OECD Publishing, 2013

Paré, Guy, Mirou Jaana, and Claude Sicotte. "Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base." *Journal of the American Medical Informatics Association* 14.3 (2007): 269-277.

Rantz, M. J., et al. "Setting thresholds for MDS (Minimum Data Set) quality indicators for nursing home quality improvement reports." *The joint commission journal on quality improvement* 23.11 (1997): 602-611.

Ricauda, Nicoletta Aimonino, et al. "Home hospitalization service for acute uncomplicated first ischemic stroke in elderly patients: a randomized trial." *Journal of the American Geriatrics Society* 52.2 (2004): 278-283.

Rodríguez-Cerrillo M, Fernández-Díaz E, Inurrieta-Romero A, Poza-Montoro A. Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a

hospital in the home unit: Changes and achievements. *International journal of health care quality assurance*, 2012, 25(6): 498-508.

Salazar, Albert, et al. "Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department." *European Journal of Emergency Medicine* 16.3 (2009): 121-123.

Shaughnessy, Peter W., et al. "Outcomes across the care continuum: Home health care." *Medical care* 35.11 (1997): NS115-NS123.

Stewart, Simon, Sue Pearson, and John D. Horowitz. "Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care." *Archives of Internal Medicine* 158.10 (1998): 1067-1072.

Stessman, Jochanan, et al. "Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program." *Journal of the American Geriatrics Society* 44.5 (1996): 591-598.

Stessman, Jochanan, Robert Hammerman-Rozenberg, and Aaron Cohen. "Home hospitalization in the spectrum of community geriatric care." *Disability & Rehabilitation* 19.4 (1997): 134-141.

Strulginsky, M. (1993a). Nurses' home health experience. Part I: The practice setting. *Nursing & Healthcare*, 14 (8), 402-407.

Strulginsky, M. (1993b). Nurses' home health experience. Part II: The unique demands of home visits. *Nursing & Healthcare* 14 (9), 476-485.

Sullivan, G 1994. Home care: More autonomy, more legal risks. *RN*, 57(5), 63-64, 67-69.

U.S. Department of Health and Human Services. (1991). Health personnel in the U.S., eighth report to Congress (DHHS No. HRS-P-00-92-1). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.

Vladeck, Bruce C., and Nancy A. Miller. "The Medicare home health initiative." *Health care financing review* 16.1 (1994): 7-16.

Westra, Bonnie L., et al. "Development of the home care client satisfaction instrument." *Public Health Nursing* 12.6 (1995): 393-399.

World Health Organization, Assuring the quality of health care in the European Union, World Health Organization, 2008

World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in Health Systems, Geneva: World Health Organization, 2006

World Health Organization, The solid facts: home care in Europe, World Health Organization, 2008

Zerweskh, J. (1995). High-tech home care for nurses. *Home healthcare Nurse*, 13(1), 9-14.

Zimmerman, David R., et al. "Development and testing of nursing home quality indicators." *Health Care Financing Review* 16.4 (1994): 107-127.

Καλογεροπούλου Μ, Μουρδουκούτας Π. Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση και Διοίκηση, Αποδοτικότητα, Ποιότητα Τόμος Β. Αθήνα, Κλειδάριθμος, 2009

Κωσταγιόλας Π, Καιτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, Παπασωτηρίου, 2008

Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012, 29(4): 480-488

Ραφτόπουλος ΒΓ. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Λευκωσία: Ραφτόπουλος, 2009

Υπουργείο Υγείας (2010). Εφαρμοζόμενα συστήματα πιστοποίησης-διαπίστευσης και συστήματα μέτρησης της ποιότητας σε Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α. Ημερομηνία πρόσβασης [7/3/2015] από <file:///C:/Users/SONY/Downloads/Pinakes-pist-diap-16-4-2010.pdf>